

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1889

THÈSE

N°

328

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Vendredi 26 juillet 1889, à 1 heure

Par FRANCIS ROLLIN

Né à Sens (Yonne), le 13 Juillet 1863

Ancien interne des hôpitaux de Paris

Aide d'anatomie à la Faculté

Membre correspondant de la Société anatomique

DES

HÉMORRHAGIES DE L'OVAIRE

Président : M. GUYON, professeur.

Juges } MM. KIRMISSON, agrégé.
JALAGUIER et RIBEMONT-DESSAIGNES, agrégés.

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, Rue Casimir-Delavigne, 2.

1889

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen **M. BROUARDEL.**

Professeurs **MM.**

Anatomie	FARABEUF.
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale.....	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD.
Pathologie médicale.....	{ DAMASCHINO.
	{ DIEULAFOY.
	{ GUYON.
Pathologie chirurgicale.....	{ LANNELONGUE.
Anatomie pathologique.....	CORNIL.
Histologie	MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils.....	DUPLAY.
Pharmacologie	REGNAULD.
Thérapeutique et matière médicale.....	HAYEM.
Hygiène.....	PROUST.
Médecine légale.....	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LABOULBÈNE.
Pathologie comparée et expérimentale.....	STRAUS.
	{ SEE (G.).
Clinique médicale.....	{ POTAIN.
	{ JACCOUD.
	PETER.
	GRANCHER.
Maladies des enfants.....	BALL.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	CHARCOT.
Clinique des maladies nerveuses	{ RICHET.
	{ VERNEUIL.
	{ TRELAT.
	{ LE FORT.
Clinique ophthalmologique.....	PANAS.
Clinique d'accouchements	{ TARNIER.
	{ PINARD.
Clinique des maladies syphilitiques.....	FOURNIER.

Professeurs honoraires : MM. GAVARRET, SAPPEY, HARDY et PAJOT.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
BALLET.	GUEBHARD.	PEYROT.	REYNIER.
BLANCHARD.	HANOT.	POIRIER, Chef des	RIBEMONT-DESSAIGNES.
BOUILLY.	HANRIOT.	travaux anatomiques.	ROBIN (Albert)
BRISAUD.	HUTINEL.	POUCHET.	SCHWARTZ.
BRUN.	JALAGUIER.	QUENU.	SEGOND.
BUDIN.	JOFFROY.	QUINQUAUD.	TROISIER.
CAMPENON.	KIRMISSON.	RAYMOND.	VILLEJEAN.
CHAUFFARD.	LANDOUZY.	RECLUS.	
DEJERINE.	MAYGRIER.	REMY.	

Secrétaire de la Faculté : M. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR GUYON

Chirurgien de l'Hôpital Necker

A M. LE D^r TERRIER

Professeur agrégé

Chirurgien de l'Hôpital Bichat

DES

HÉMORRHAGIES DE L'OVAIRE

AVANT-PROPOS

Si, arrivé à la fin de nos études médicales, nous jetons un regard en arrière sur les années écoulées, nous ne sentons s'élever en nous que des sentiments de reconnaissance pour les maîtres qui nous ont guidé. MM. les professeurs Le Fort et Lannelongue, Cazin (de Berck), Berger, Dreyfus-Brisac, Féréol, Oulmont, Cadet de Gassicourt, Jalaguier, Kirmisson, Richelot, Quénu et Bazy, ont été pour nous des maîtres aussi bienveillants que désireux de nous instruire ; et ce sera toujours avec une profonde gratitude que nous nous souviendrons des conseils et des encouragements qu'ils nous ont prodigués.

Que M. le professeur Farabeuf accepte ici l'hommage de notre reconnaissance pour l'affectueuse sollicitude qu'il a bien voulu nous témoigner dès notre entrée à l'École.

Deux de nos maîtres enfin, par l'honneur qu'ils nous ont fait en nous accueillant comme interne dans leur service au début même de notre internat ; par leur indulgence et leurs soins assidus pendant tout le temps que nous avons passé auprès d'eux ; par l'affection, dont ils ont bien voulu nous donner des preuves certaines au moment où la maladie nous forçait de les quitter ; par la bienveillance et l'appui qu'ils ne nous ont jamais refusés depuis, tiennent dans notre cœur et tiendront toujours dans notre souvenir la première place. Ces deux maîtres, M. le professeur Guyon et M. F. Terrier, viennent encore d'aug-

menter notre dette de reconnaissance à leur égard. M. Terrier nous a indiqué le sujet de ce travail, nous a fourni des observations et nous a aidé de ses excellents conseils... Puisse ce travail n'être pas trop indigne du maître. M. le professeur Guyon, à son tour, a bien voulu accepter la présidence de cette thèse, nouvelle faveur dont nous ne saurions assez le remercier.

Nous prions enfin MM. Duplay et Le Dentu qui auraient dû être nos maîtres en 1888 et 1889, d'accepter nos sincères regrets de n'avoir pu profiter de leur enseignement pendant ces deux années.

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES

Les hémorrhagies de l'ovaire n'ont pas encore obtenu droit de cité dans nos classiques ; à peine même les traités spéciaux de gynécologie traitent-ils en quelques mots de « l'apoplexie de l'ovaire », en se faisant d'ailleurs les uns aux autres de très larges emprunts.

C'est assez dire que cette question des hémorrhagies de l'ovaire est encore pleine d'obscurité ; et c'est l'occasion pour nous de réclamer l'indulgence pour les lacunes que renferme ce travail.

Quels sont donc les motifs de cet oubli presque général à l'égard des hémorrhagies ovariennes ?

Plusieurs causes ont contribué à ce résultat.

La première, et de toutes la plus importante, c'est que les hémorrhagies de l'ovaire entraînent souvent l'hématocèle, et que l'épanchement sanguin intrapelvien a accaparé toute l'attention à son profit, au détriment de la lésion primitive elle-même, qui a souvent passé inaperçue.

C'est d'autre part l'état relativement encore peu avancé de nos connaissances touchant l'anatomie pathologique de l'ovaire. C'est aussi la timidité, trop justifiée d'ailleurs, de la chirurgie abdominale jusqu'à ces dernières années. Nul doute qu'aujourd'hui les observations d'hémorrhagies ovariennes ne se multiplient rapidement, depuis que la laparotomie, acceptée au double titre de curatrice et d'exploratrice, apporte chaque jour de plus en plus la lumière dans le chaos des lésions des annexes de l'utérus.

Mais ce n'est pas tout encore ; quelques-unes des observations publiées sous la rubrique « hémorrhagie de l'ovaire » sont loin d'être probantes, parce qu'elles manquent de détails précis, aussi bien au point de vue des symptômes qu'au point de vue de

la description des lésions; parce que, comme le disent Bernutz et Goupil (1) « elles ne contiennent pas une description de l'état pathologique de l'ovaire assez circonstanciée, au moins suffisante pour mettre hors de doute qu'on n'a point décrit pour une lésion morbide, le stigmate d'une ovulation régulière. »

Ajoutons enfin que presque jamais les observations anciennes ne font mention d'un examen microscopique. A cet égard, nous avons pu recueillir quelques cas récents accompagnés d'une étude anatomo-pathologique précise.

Faut-il penser encore que notre ignorance touchant la lésion de l'ovaire que nous étudions, soit légitimée en quelque sorte par sa rareté ou par son innocuité? Il n'en est rien. Ces hémorragies sont certainement plus fréquentes qu'on ne le croit, (nous en avons relevé plus de 40 observations consignées à la fin de ce travail); et quant à leur gravité, elle n'est que trop réelle, et ne justifie que trop souvent l'intervention chirurgicale.

(1) BERNUTZ et GOUPIL. *Clin. méd. des maladies des femmes.*

CHAPITRE PREMIER

Division du sujet.

Tous les auteurs qui se sont occupés des maladies des ovaires sont unanimes sur un point : l'extrême fréquence de petits foyers hémorrhagiques.

Næggerath (1) dans une étude sur l'origine vasculaire de certains kystes de l'ovaire, écrit : « Il n'y a pas d'organe dans lequel on trouve plus fréquemment que dans l'ovaire de petits dépôts hémorrhagiques. A peine ai-je fait la section d'un ovaire, dans lequel je n'ai point trouvé en un point ou en un autre de petits foyers de ce genre, remplis de globules sanguins ».

La physiologie même de l'organe, soumis à des poussées congestives périodiques, sa structure si éminemment vasculaire expliquent pour une part la fréquence de cette lésion. « En raison du riche lacis vasculaire qui entoure et pénètre l'ovaire, dit M. Peyrot (2), cet organe se trouve dans des conditions telles, que les perturbations vasculaires s'y font sentir fortement, et entraînent là des conséquences qu'elles ne sauraient déterminer ailleurs. Les congestions physiologiques alternatives, sont comme une imminence morbide, dans laquelle l'ovaire est exposé à la congestion pathologique et à toutes ses conséquences.

« Il est difficile de tracer les limites dans lesquelles doivent se maintenir ces perturbations pour que la congestion physiologique devienne morbide, et pour que cette congestion morbide atteigne à l'inflammation. »

(1) NÆGGERATH. *American J. of obstetrics*, 1880, p. 1.

(2) PEYROT. *Dict. encyclop.*

Rien n'est mieux démontré par les faits, qui nous montrent qu'on passe du phénomène physiologique à l'acte morbide par une transition insensible, et que les oscillations de la pression vasculaire intra-ovarique sont la cause immédiate des hémorrhagies de l'ovaire.

Ces hémorrhagies se présentent sous des aspects très variables et sont loin d'avoir toutes une importance égale au point de vue qui nous occupe le plus, c'est-à-dire au point de vue chirurgical. Les unes intéressent surtout l'anatomo-pathologiste ; simples trouvailles d'autopsie, elles n'ont qu'un intérêt théorique, ces légères extravasations sanguines qui restent latentes pendant la vie. Les autres, au contraire, méritent d'attirer l'attention du chirurgien, car par leur gravité soudaine parfois, ou leur évolution continue, elles exigent assez souvent une intervention opératoire.

Mais avant d'aller plus loin, avant d'entrer dans le détail des différentes variétés des hémorrhagies ovariennes, nous devons nettement établir les limites de notre sujet.

Nous éliminerons d'emblée de notre étude :

1° Les hémorrhagies qui peuvent se produire dans les kystes ovariens par torsion du pédicule ou autrement, dans certaines tumeurs de l'ovaire, etc.

2° Et aussi les foyers sanguins qu'il n'est pas rare de rencontrer entre l'ovaire et les fausses membranes qui l'entourent dans les cas de pelvipéritonite et de périovarite.

Les premières ne sont qu'un accident, qu'un épiphénomène dans le développement des tumeurs kystiques ; les secondes sont analogues aux foyers sanguins de la pachyméningite, de la pachyvaginalite, mais ne sont pas, à proprement parler, des hémorrhagies de l'ovaire.

Nous devons toutefois ajouter, que dans la plupart de ces cas de périovarite, où l'ovaire est en quelque sorte encapsulé par des néo-membranes épaisses, il existe aussi des hémorrhagies à l'intérieur même de l'organe ; nous aurons même à nous occu-

(1) Nous croyons devoir abandonner le mot « apoplexie » quoique beaucoup de nos observations portent ce titre, pour le mot « hémorrhagie » qui n'est pas soumis aux mêmes critiques.

per assez longuement du rôle de la périovarite dans le mécanisme de la production des hémorrhagies (1).

Seules devront donc nous occuper les hémorrhagies qui se produisent dans le tissu même de l'organe (bulbe et couche ovigène).

Et immédiatement s'impose à nous, comme elle s'est imposée d'ailleurs à tous ceux qui se sont occupés de cette question, une division de ces hémorrhagies en deux groupes tout à fait distincts d'après leur SIÈGE ANATOMIQUE.

L'hémorrhagie peut se produire en effet :

1° Soit dans les vésicules de de Graaf, dans les vésicules ovariennes, d'où des HÉMORRHAGIES VÉSICULAIRES.

2° Soit dans le parenchyme même de l'ovaire, d'où des HÉMORRHAGIES INTERSTITIELLES OU DU STROMA.

Cette division, en apparence tout à fait radicale, ne signifie pas que ces deux sortes d'hémorrhagies soient exclusives l'une de l'autre ; car dans certains cas, on peut rencontrer dans un même ovaire, et des foyers sanguins interstitiels et des vésicules hémorrhagiques ; mais, le plus souvent, une des lésions l'emporte tellement sur l'autre, qu'elle devient tout à fait dominante.

Ces deux variétés méritent bien chacune une place à part, et cela tout aussi bien au point de vue anatomo-pathologique qu'au point de vue clinique, comme nous espérons le montrer.

CHAPITRE II

Anatomie pathologique.

Avant d'entrer dans le détail des lésions qu'offre à étudier l'ovaire atteint d'hémorrhagie, soit vésiculaire, soit interstitielle, il nous paraît bon de rappeler en quelques mots les phénomènes normaux de l'ovulation, afin de ne pas nous exposer à prendre pour une lésion morbide, une modification purement physiologique de l'ovaire.

A l'approche de la ponte, une des vésicules de de Graaf prend un accroissement rapide, et vient proéminer à la surface de l'ovaire, où elle fait une saillie du volume d'une cerise environ. On a pu s'assurer de ce fait à l'autopsie de femmes ayant succombé au moment même où leurs règles devaient paraître. Raciborski, Puech, Depaul et Guéniot (1) ont rapporté des cas de ce genre. Tarnier et Chantreuil attribuent aussi ce même volume à la vésicule parvenue à maturité.

On admettait autrefois qu'au moment de la rupture de la vésicule, pour la mise en liberté de l'ovule, une hémorrhagie intra-vésiculaire se produisait, et que le caillot ainsi produit devenait l'origine du corps jaune.

Aujourd'hui on tend à diminuer de beaucoup la valeur de cette hémorrhagie, et à enlever au caillot tout rôle actif dans la formation du corps jaune.

Pour Bernutz et Goupil (2) l'hémorrhagie normale « ne peut donner qu'un caillot de 2 à 4 grammes au maximum ».

(1) DEPAUL et GUÉNIOT. In *Dict. Encyclop.*

(2) BERNUTZ et GOUPIL. *Loc. cit.*

Ch. Robin (1) dans une note lue à la Société de biologie s'exprime ainsi : « Cette hémorrhagie peut ne pas donner lieu à un épanchement sanguin suffisant pour former un caillot, et celui-ci, bien que n'étant pas fort rare dans l'ovariule, n'est qu'*accidentel dans son évolution* ; il n'en forme pas la condition essentielle ainsi que l'a bien démontré M. Coste ».

Zwicky (2) d'autre part a démontré que, si l'on trouve dans quelques autopsies un caillot assez volumineux pour remplir l'ovisac, cette hémorrhagie doit être attribuée à une cause pathologique, et qu'enfin, loin de favoriser la formation du corps jaune, elle ne fait que la troubler.

Tarnier et Chantreuil de leur côté expriment ainsi leur opinion sur l'hémorrhagie de l'ovulation normale : « Cette hémorrhagie est en général très peu abondante ; elle colore seulement en rose le liquide qui s'épanche dans la vésicule de de Graaf après la chute de l'ovule. C'est par exception qu'elle produit un caillot capable de remplir la cavité de l'ovisac. »

Ajoutons enfin que normalement une seule vésicule de de Graaf arrive chaque mois à maturité.

En résumé donc : vésicule unique, arrivée à maturité, du volume d'une cerise environ ; hémorrhagie à peine appréciable, donnant à peine lieu à la production d'un caillot de 2 à 4 grammes ; formation du corps jaune tout à fait indépendant de cette prétendue hémorrhagie ; tels sont les phénomènes physiologiques, dont le souvenir précis était indispensable avant d'entrer dans le détail des faits pathologiques.

Nous allons commencer notre étude par les hémorrhagies vésiculaires d'une part parce qu'elles sont les plus importantes, et aussi parce que la transition du fait physiologique à l'acte pathologique est ici à peu près insensible.

Mais dès l'abord nous sommes obligé de subdiviser à leur tour les hémorrhagies vésiculaires en plusieurs groupes, parce qu'au fait primordial, nécessaire, l'hémorrhagie dans le fol-

(1) CH. ROBIN. Note sur les hémorrhagies des vésicules ovariennes. *Bull. Soc. biologie*, 1856, p. 139.

(2) ZWICKI. In PÉRIER, Th. agrég., 1866, p. 109.

licule, viennent s'ajouter des facteurs accessoires qui en modifient plus ou moins la physionomie.

A. — Le phénomène anormal peut en effet consister simplement en ce que, en dehors de la période menstruelle, un grand nombre de vésicules sont frappées d'hémorrhagie à la fois dans l'un ou le plus souvent les deux ovaires. Nous proposons de les désigner pour cette raison sous le nom de « Hémorrhagies vésiculaires multiples » ou mieux encore, si l'on veut tenir compte de leur étiologie, « Hémorrhagies vésiculaires multiples des maladies infectieuses et des intoxications ».

B. — Dans d'autres cas tout différents, la vésicule de de Graaf est le siège d'une hémorrhagie d'une abondance excessive, elle se rompt, et les observations nous font assister à une mort rapide par hémorrhagie interne et péritonite, ou aux phénomènes bruyants de l'hématocèle pelvienne.

C. — D'autres fois les parois du follicule au lieu de se rompre sous l'effort de la pression sanguine, résistent, et l'hémorrhagie reste-intravésiculaire, d'où la formation d'un kyste sanguin de l'ovaire.

Ces deux variétés d'hémorrhagie extra-vésiculaire et intravésiculaire sont des anomalies de la ponte. Elles se produisent pendant la période menstruelle.

D. — Une 4^e variété est constituée par des hémorrhagies se produisant dans des follicules déjà atteints d'hydropisie. Il ne faudrait pas, croyons-nous, conclure de la rareté des observations de ce genre à la rareté de la lésion, car il est bien difficile lorsqu'on examine un kyste déjà ancien et assez volumineux, de savoir quelle a été son origine.

E. — Les corps jaunes, eux aussi, peuvent être le siège d'épanchements sanguins. Ces cas ne sont peut-être pas rares non plus, quoiqu'on en trouve peu d'observations probantes. Cette variété ne semble pas mériter une grande importance au point de vue chirurgical.

En résumé, nous allons passer en revue avec quelques détails :

- | | | | |
|-----------------------------------|---|----|---|
| I. — Hémorrhagies
vésiculaires | { | 1° | Hémorrhagies vésiculaires multiples. |
| | | 2° | — extra-vésiculaires. |
| | | 3° | — intra-vésiculaires (kystes sanguins de l'ovaire). |
| | | 4° | — dans des follicules hydropiques. |
| | | 5° | — dans les corps jaunes. |

II. Hémorrhagies interstitielles ou du stroma.

A propos de chacune de ces variétés, nous aurons soin de renvoyer aux observations sur lesquelles nous nous sommes appuyé pour les décrire.

I. — HÉMORRHAGIES VÉSICULAIRES

a) Des hémorrhagies vésiculaires multiples.

Dès 1856, Ch. Robin décrivait ces hémorrhagies dans un travail lu à la Société de biologie (1). Après avoir rappelé ce qu'est l'hémorrhagie dans l'ovulation physiologique, il expose que les vésicules de de Graaf peuvent être le siège « d'une autre espèce d'hémorrhagie qui constitue un phénomène pathologique ». Il montre alors, en s'appuyant sur des observations, que l'hémorrhagie frappe non pas une seule vésicule comme à l'ordinaire, mais plusieurs, et quelquefois 3, 5 et même 8 dans l'un ou les deux ovaires.

Les vésicules non rompues, distendues par le sang, peuvent atteindre le volume d'une noisette, augmentant le volume de l'ovaire, qui semble boursoufflé ; quelquefois, les vésicules proéminentes à la surface apparaissent comme des bosselures d'un noir bleuâtre ou brun rougeâtre ; mais (et c'est là un caractère important qui différencie encore le phénomène pathologique), « il importe d'observer que les vésicules, atteintes d'hémorrhagie, se rencontrent aussi bien au centre ou vers le point d'adhérence de l'ovaire au ligament large, que vers son bord libre et le reste de sa surface ».

(1) CH. ROBIN. *Loc. cit.*

Robin a beaucoup insisté sur ce fait que jamais ces hémorragies vésiculaires ne sont suivies « d'une formation analogue aux corps jaunes ». Jamais en effet dans ces cas la membrane de l'ovisac ne s'épaissit et ne forme ces plis, ces circonvolutions cérébroïdes, d'où résultera le corps jaune. « La paroi interne vasculaire de la vésicule n'est pas épaissie ou l'est à peine, n'est point devenue jaune ou ne l'est devenue que par places, sous forme de petites taches irrégulières. » Ces taches sont dues à des granulations graisseuses irrégulières qui ne sont point dans les cellules, comme on le voit dans le corps jaune, mais sont libres, c'est-à-dire éparses ou accumulées dans la matière amorphe qui existe entre les fibres.

Quelquefois, dans ces vésicules sanglantes, on retrouve entre le caillot et la membrane de l'ovisac des cellules épithéliales, reste de la membrane granuleuse du follicule ; le plus souvent cependant, « cet épithélium est difficile à retrouver, soit qu'il ait été résorbé, soit qu'il se soit mélangé au caillot ». La persistance de cet épithélium, quoique rare, est un fait important à noter, car, en cas de doute, l'existence d'un vestige de ces cellules épithéliales permet d'affirmer l'origine vésiculaire du foyer sanguin.

Ch. Robin a décrit encore avec soin la disparition graduelle du caillot, qui lentement se décolore de la surface au centre « jusqu'à l'état de fibrine à peu près incolore ou transparente ». Les globules rouges disparaissent aussi peu à peu, et « on peut ainsi observer toutes les phases de leur disparition par résorption ».

L'évolution de ces hémorragies vésiculaires multiples est-elle constamment la disparition par résorption et modification graduelle du sang épanché ?

Il nous semble que telle est au moins l'opinion de Robin, qui ne parle nulle part de rupture ou d'accroissement des vésicules ainsi atteintes. Aussi sommes-nous surpris de voir Troussseau (1), dans une leçon sur l'hématocèle pelvienne, et A. Poncet (2) dans un article sur le même sujet, incriminer la rupture de ces follicules, en s'appuyant sur le travail de Ch. Robin.

(1) TROUSSEAU. *Clin. méd.* Vol. III, 650.

(2) PONCET. *Dict. Encyclop.*, art. Hématocèle, p. 754.

Le fait assurément n'a rien d'impossible, mais Robin ne l'a pas signalé.

Quant à nous, nous nous demandons, mais à titre de simple hypothèse, si quelquefois ces hémorrhagies vésiculaires, qui restent le plus souvent latentes et muettes, ne constitueraient pas la lésion principale de l'ovarite des maladies infectieuses, dont, il est vrai, l'existence même reste encore douteuse pour quelques-uns.

Nous rapprocherons aussi cette lésion des métrorrhagies signalées dans les mêmes affections, mais nous reviendrons plus tard sur ce fait.

b) Des hémorrhagies extra-vésiculaires.

Nous avons eu soin d'indiquer au début de ce chapitre les limites physiologiques de l'hémorrhagie de la ponte ; cette hémorrhagie, nous le savons, est insignifiante à l'état normal.

Sous l'influence de causes que nous tenterons de démêler dans un prochain chapitre, cette hémorrhagie peut au contraire prendre une importance extrême, devenir d'une abondance excessive. La vésicule, siège de l'épanchement sanguin, vient se rompre à la surface de l'ovaire, et le sang fait tout à coup irruption dans la cavité péritonéale avec une violence et en quantité telle que la vie de la malade peut être en peu d'heures gravement mise en péril.

Les observations de ce genre présentant tous les caractères d'authenticité désirable ne sont pas fréquentes, car il en faut soigneusement distinguer les cas, où un kyste sanguin, existant depuis plus ou moins longtemps, vient à se rompre à l'occasion de la poussée menstruelle, ce qui n'est pas très rare, et aussi ces cas, où l'ovaire réduit par des hémorrhagies diffuses à cet état spécial de ramollissement rouge, que nous aurons à décrire, se rompt aussi, sous l'influence de la congestion menstruelle. Ce qu'il ne faut pas oublier en effet, c'est que dans tous ces cas, où l'ovaire est en quelque sorte en imminence de rupture, la poussée fluxionnaire des règles peut jouer le rôle de la goutte d'eau qui fait déborder le vase. Il ne suffit donc pas que la rupture de l'ovaire se fasse pendant la période des règles

pour qu'on soit en droit de conclure à la rupture d'une vésicule de de Graaf, atteinte d'hémorrhagie.

Ces distinctions, peut-être un peu subtiles, nous ont paru nécessaires; elles paraîtront sans doute plus faciles à saisir, lorsque nous aurons décrit les kystes sanguins de l'ovaire. A ce moment, nous devons nous demander, si, au point de vue anatomique, il n'existe pas de caractères différentiels nets entre la vésicule rompue par l'hémorrhagie et les kystes sanguins.

A l'autopsie des femmes ayant succombé à l'hémorrhagie vésiculaire, on trouve le plus souvent deux lésions associées: d'une part l'hémorrhagie, de l'autre la péritonite. Quelquefois cependant, l'hémorrhagie est assez considérable pour être regardée comme la cause immédiate de la mort, telle, par exemple, l'observation célèbre de Scanzoni, qui, à l'autopsie d'une jeune fille de 18 ans, morte rapidement pendant ses règles, trouva 3 litres de sang environ dans la cavité abdominale. (V. obs. XII.)

Plus souvent peut-être, la mort ayant été moins rapide, on trouve en outre de l'épanchement sanguin les lésions ordinaires d'une péritonite plus ou moins généralisée.

La source de l'hémorrhagie est nettement l'ovaire, comme le prouvent et l'absence de toute autre lésion (ulcération, perforation) des viscères, et surtout l'aspect même de l'organe. Celui-ci est augmenté de volume; il présente une saillie très apparente le plus souvent du volume d'un petit œuf de poule (obs XII) qu'un caillot mou, noir, ou une déchirure plus ou moins large couverte de sang, désigne nettement comme la source de l'hémorrhagie. Et de fait, si par cette rupture du tissu ovarique, on pénètre avec un stylet, on tombe dans une cavité remplie d'un caillot jeune, analogue à celui de la saignée. Cette cavité représente nettement celle du follicule dilatée, distendue par l'épanchement sanguin qui s'y est produit.

Cette poche sanguine est uniloculaire sans diverticule. Il serait vraisemblablement possible de retrouver des restes de l'épithélium de la vésicule de de Graaf, quoiqu'aucune de nos observations ne le signale, sans doute parce que la recherche n'en a pas été faite.

Un point intéressant encore à noter, c'est que dans cette variété d'hémorrhagie de l'ovaire, un seul organe est atteint.

Nous verrons plus tard, après l'étude des kystes hématiques que quelques-uns de ces caractères nous aideront à distinguer l'une de l'autre ces deux lésions, si souvent confondues, en raison de leur terminaison commune possible, l'hémorrhagie interne ou l'hématocèle.

Il s'en faut en effet, et de beaucoup heureusement, que l'hémorrhagie qui succède à la rupture du follicule de de Graaf, soit toujours et aussi violente dans son explosion et aussi rapidement dangereuse. Très souvent, et cela a été clairement mis en évidence par ceux qui se sont occupés de l'hématocèle pelvienne, très souvent l'épanchement n'est pas assez abondant pour causer la mort, et la réaction péritonéale qu'il détermine, se limite et sert ainsi à l'enkyster: l'hématocèle pelvienne est constituée.

Les faits ici sont abondants, et les observations, quoique souvent trop brèves en ce qui concerne les lésions de l'ovaire, sont presque toujours démonstratives au point de vue de la relation de cause à effet qui unit l'une à l'autre, la lésion de l'ovaire et l'hématocèle.

C'est en 1851, en France, qu'on voit apparaître pour la première fois cette notion étiologique. Quelques années plus tard, nous la retrouverons dans les travaux étrangers, et en particulier dans ceux du chirurgien anglais, Tilt (1). Cette année, 1851, fut très féconde à cet égard. Dès les premiers mois s'engageait à la Société de chirurgie une longue discussion sur « les tumeurs sanguines du bassin chez la femme ». Nélaton (2) publiait plusieurs leçons cliniques sur ce sujet, et inspirait à son élève Vignes, une thèse, dans laquelle on retrouve une observation de Piogey, où l'origine ovarienne de l'hématocèle est indiquée. Huguier (3), étudiant aussi l'étiologie de ces tumeurs pelviennes, leur reconnaissait des origines multiples, et en particulier, « la rupture des vaisseaux ovariens », mais il n'apportait aucune observation.

Denonvilliers (4) à son tour, dans la séance suivante, prenait la parole pour rapporter un cas des plus curieux. Il s'agissait d'une

(1) TILT. *Diseases of Women*. Londres, 1853.

(2) NÉLATON. *Gaz. des Hôp.*, 1851.

(3) HUGUIER. *Gaz. des Hôp.*, 1851, 266.

(4) DENONVILLIERS. *Gaz. des Hôp.*, 1851, 275.

femme qui avait succombé à une hématocele suppurée, et ouverte dans le rectum. A l'autopsie, on avait trouvé que « les ovaires, assez volumineux, correspondaient par une de leurs faces à l'intérieur du foyer, et tous deux offraient sur cette face plusieurs lacunes ouvertes dans le kyste sanguin, comme si l'épanchement avait eu sa source dans des ruptures partielles de l'ovaire ».

Denonvilliers tenait la vérité, mais il restait indécis, sans oser encore affirmer catégoriquement que l'ovaire était bien la source de l'hémorrhagie. Cette même séance ne devait cependant pas se terminer sans que la question eût fait enfin un pas plus décisif. Lenoir, en effet, fait remarquer, que l'étude de la pièce anatomique lui permet de penser que l'hémorrhagie est bien d'origine ovarienne, et que les deux kystes sanguins qu'on voit béants à la surface de l'ovaire représentent deux vésicules de de Graaf : « Ne peut-il se faire, dit-il, que le sang formé par la rupture de la vésicule ovarique, au lieu d'être en petite quantité, et de séjourner à la surface de l'ovaire, soit épanché de manière à représenter une hémorrhagie légère, qu'il tombe dans la cavité péritonéale et s'accumule dans le cul-de-sac recto-vaginal ? » Et il ajoutait : « C'est l'idée que me suggère la coexistence des kystes sanguins de l'ovaire et de la tumeur du bassin ; je la sou mets à votre approbation ». A dater de ce jour, l'origine ovarique de certaines hématoceles est admise, et même quelques-uns dans la suite se disputeront l'honneur d'avoir entrevu les premiers la relation de cause à effet, qui relie les uns aux autres, les hémorrhagies de l'ovaire et les épanchements sanguins du bassin.

Bernutz et Goupil, ont discuté, non sans ardeur, cette question de priorité ; on nous permettra de ne pas nous engager à nouveau dans cette querelle.

Quatre années après la discussion de la Société de chirurgie, Laugier (1) présente à l'Académie des sciences un court mémoire sur « l'origine de l'hématocele rétro-utérine ». Pour le célèbre chirurgien, le doute n'existe plus ; l'hémorrhagie du petit bassin a bien pour origine l'ovaire, et cette hémorrhagie est une déviation pathologique du fait normal de la ponte.

(1) LAUGIER. *Compte rendus Acad. des sciences*, 1855, p. 457.

Laugier, après avoir cité les observations rares d'ailleurs et les remarques cliniques sur lesquelles il fonde son affirmation, décrit parfaitement les lésions qu'offrent les ovaires à l'autopsie de femmes ayant succombé, soit à une première atteinte d'hématocèle, soit, comme il arrive si souvent, à une série de poussées successives, à cette variété d'hématocèle, que Bernutz et Goupil ont désignée si heureusement du nom « d'hématocèle à répétition ».

Nous avons noté plus haut les lésions trouvées à l'autopsie des femmes, tuées brusquement par la rupture du follicule, siège de l'hémorragie; dans ces cas, les lésions de l'ovaire lui-même sont relativement peu considérables.

Toutes différentes et très graves sont au contraire les altérations de l'organe dans les cas qui nous occupent maintenant : « L'altération de l'ovaire, dit Laugier, est très profonde... il finit même par être complètement détruit ».

Les observations où on trouve notées l'absence de l'ovaire, ou sa fusion avec le foyer pelvien, ou encore sa réduction « à quelques mamelons de la grosseur d'un grain de chènevis, d'un brun rougeâtre », ne sont pas rares.

Que se passe-t-il donc dans ce cas ?

C'est que, à chaque époque menstruelle, à chaque ponte, une nouvelle rupture de l'ovaire survient. A l'état normal, la déchirure de la vésicule de de Graaf est comblée en quelque sorte par la formation du corps jaune ; ici, rien de pareil ; *les vésicules de de Graaf viennent successivement s'ouvrir dans le foyer pelvien par une véritable ponte intra-kystique.*

A chaque nouvelle ponte, la déchirure augmente : « La nouvelle vésicule trouve en effet moins d'obstacle à son développement et à sa rupture dans la cavité du kyste que vers la surface péritonéale de l'organe, enveloppé de fausses membranes » (Laugier). Et c'est ainsi que l'ovaire finit par disparaître peu à peu à peu par un véritable « morcellement », pour nous servir de l'heureuse expression de Laugier.

Cette fusion souvent presque complète de l'ovaire avec le foyer de l'hématocèle, mais surtout cette destruction du tissu ovarique, sont pour nous extrêmement importants, car dans la variété suivante d'hémorragie vésiculaire (kystes sanguins de

l'ovaire), nous allons retrouver exactement le même phénomène de morcellement de l'organe par ponté intra-kystique, jouant un rôle capital dans le développement progressif du kyste.

Les hémorrhagies de l'ovaire méritent donc une large place dans l'étiologie de l'hématocèle, et les travaux récents de Gallard sont venus compléter la démonstration de ce fait.

Gallard a résumé son opinion dans ces quelques mots : « Jamais dans l'hématocèle, les ovaires ne sont complètement sains, » et aussi, « l'hématocèle est une véritable ponté extra-utérine, » d'où cette conclusion : « L'hématocèle péri-utérine peut se démontrer indistinctement dans tous les points dans lesquels il est possible de voir se produire une grossesse extra-utérine... » c'est-à-dire « même dans le tissu de l'ovaire » dont les kystes sanguins ne devraient pas être distraits des hématocèles péri-utérines. L'étude que nous ferons de ces kystes vérifiera au moins en partie cette dernière proposition.

Pour résumer en quelques mots cette longue étude on pourrait dire : « L'hémorrhagie extra-vésiculaire peut tuer brusquement par hémorrhagie interne ou à la fois par hémorrhagie et péritonite. Dans d'autres cas, l'hémorrhagie pelvienne moins abondante s'enkyste, et l'hématocèle est constituée. L'ovaire, enfermé dans la tumeur pelvienne, y déverse chaque mois ses vésicules, et se détruit ainsi lentement. »

Des phénomènes analogues pourraient également s'observer pendant le rut, chez les animaux, et Laugier a rapporté dans son mémoire l'observation très intéressante d'une vache morte d'hémorrhagie interne : « On trouva l'ovaire gauche, du volume de la tête d'un homme, crevassé sur une longueur de 16 cent., transformé en une bouillie rougeâtre, analogue à la boue splénique, 12 litres de sang dans le péritoine, et dans l'intérieur de la trompe, une petite vésicule de la grosseur d'une lentille, qui parut être un ovule. »

c) *Des hémorrhagies intra-vésiculaires (kystes sanguins de l'ovaire).*

Si, dans la variété précédente, les parois du follicule, surprises en quelque sorte par la poussée subite et violente de

l'afflux sanguin, avaient cédé, laissant à leur place une véritable plaie de l'ovaire, allant sans cesse s'élargissant à chaque retour du flux physiologique, ici, sans qu'il soit facile au premier abord d'en indiquer nettement les causes, la paroi du follicule ne se rompt pas, l'hémorrhagie reste intra-vésiculaire, et de cette façon se constitue un véritable kyste sanguin de l'ovaire.

Ces kystes sanguins, ces hématomes de l'ovaire sont plus ou moins volumineux ; ils peuvent atteindre le volume d'un œuf (obs. XX), d'une orange (obs. XXV et XXVII), d'une tête d'enfant (obs. XIV) ; enfin, ils peuvent former des tumeurs atteignant presque le volume d'une tête d'homme adulte (obs. XXVI).

Ces kystes se présentent sous l'aspect suivant : presque toujours (Terrier, Doléris, Terrillon (1)) le kyste et l'ovaire sont entourés de néo-membranes plus ou moins épaisses, dans l'épaisseur desquelles on retrouve aussi assez souvent des foyers sanguins de petit volume, mais pouvant encore devenir assez étendus pour contenir jusqu'à 3 cuillerées à bouche de sang, comme dans un cas de Doléris, rapporté par le D^r P. Petit (2).

Presque toujours la trompe et l'ovaire sont réunis et quelquefois comme fusionnés par des adhérences plus ou moins solides, parfois très résistantes ; souvent aussi les ovaires ont contracté des adhérences avec le plancher pelvien, avec l'épiploon, même avec l'intestin (Terrier). On comprend facilement l'importance de ces faits ; il est trop clair en effet que ces adhérences compliquent singulièrement l'intervention chirurgicale ; sur les 11 cas d'ablation de l'ovaire pour kystes sanguins que nous avons réunis, 4 fois le kyste fut rompu pendant les manœuvres de libération.

Cependant, la paroi de ces kystes sanguins est résistante, comme fibreuse, fasciculée parfois (Terrier). Sânger parle « d'une enveloppe mince, mais fibreuse ». Dans l'observation de M. Terrier, la paroi est « dense, résistante, d'une épaisseur de 2 à 4 millim., et l'examen histologique y découvre la présence d'ovisacs ». M. Doléris décrit aussi une paroi « scléreuse, parcheminée, avec des débris de la couche ovigène ».

(1) TERRILLON. *Lec. Cl. chirurgicale*, 1889, p. 302.

(2) P. PETIT. *Nouv. Arch. d'obstétr. et de gynec.*, 25 juillet 1888, p. 306.

Les kystes de E. Boeckel (1) présentaient, l'un une enveloppe très épaisse, l'autre une enveloppe épaisse à sa partie antérieure, mais fragile en arrière où s'était produite une rupture.

Retenons donc que le plus souvent ces kystes ont une paroi résistante, dans laquelle on retrouve encore les éléments caractéristiques du tissu de l'organe (ovisacs, corps jaunes).

Au premier abord, à un examen de surface, il semble que l'ovaire a complètement disparu, qu'il n'en reste plus trace, et que le kyste a pris sa place. Il n'en est rien cependant en réalité ; le tissu ovarique subsiste toujours quelque part, en quelque point de la paroi. Seulement, lorsque le kyste a atteint un certain volume, le tissu de l'organe, distendu, aplati excentriquement, ne forme plus qu'une couche mince et discontinue, dont l'examen histologique peut seul révéler la persistance.

Par bonheur, les observations sur lesquelles nous basons notre description, nous donnent des détails précis à cet égard ; les parois des kystes enlevés par Terrier, Doléris, Boeckel, montraient à l'examen microscopique des ovisacs et des corps jaunes.

Le contenu de ces kystes est toujours le même ; c'est du sang noirâtre, poisseux, analogue à du goudron, d'après quelques-uns, semblable au sang de l'hématomètre pour d'autres ; au contact de l'oxygène de l'air, on peut voir ce sang prendre une couleur vermeille, rutilante (F. Terrier).

Dans quelques cas, on trouve signalé une sorte de dépôt fibreux stratifié, plus ou moins intimement adhérent à la face interne du kyste (Puech, obs. XLIV, Trousseau, obs. XXXIII).

La cavité de ces kystes est des plus intéressantes à étudier ; dans toutes les observations où des détails précis sont donnés sur ce point, nous notons une analogie parfaite : *la cavité n'est pas unique, le kyste n'est pas uniloculaire* ; toujours on trouve une poche principale présentant des diverticules en plus ou moins grand nombre. Ces diverticules, annexés au kyste principal, sont de volume et aussi, très certainement, d'âge différent ; les plus petits sont presque toujours remplis d'un caillot jeune.

(1) BOECKEL. Des kystes ménorrhagiques de l'ovaire. *Gaz. méd. Strasbourg*, 1861, p. 79.

Il semble bien qu'on ait sous les yeux de petites cavités ouvertes successivement dans la cavité principale, restant plus ou moins indépendantes pendant quelque temps, et se perdant en fin de compte dans le kyste principal, qui s'accroît ainsi peu à peu par ces annexions répétées.

Et ceci n'est point une hypothèse ; ce n'est que la déduction logique de l'observation des faits.

E. Boeckel dans sa très remarquable observation, a nettement indiqué le mécanisme d'accroissement de ces kystes, qu'en raison de cette singularité, il a désigné sous le nom de *kystes ménorrhagiques*.

Dans ce cas, comme dans tous ceux de son espèce, à chaque menstruation, le follicule de de Graaf, arrivé à maturité, se rompt dans le kyste déjà formé, augmentant ainsi brusquement son volume (détail que l'observation clinique permet de saisir nettement) par la quantité de sang qu'il y déverse..... et la répétition plus ou moins rapprochée du même phénomène amène ainsi inévitablement et l'accroissement du kyste et la destruction progressive de l'ovaire.

C'est donc bien là encore cette désorganisation par « morcellement » de l'organe, comme le signalait Laugier, dans l'hématocèle, surtout dans ces poussées successives de l'hématocèle à répétition. La seule différence est que dans l'hématocèle, les follicules épanchent leur contenu au dehors, tandis qu'ici l'épanchement sanguin reste intra-ovarique, par suite de la résistance de la paroi du kyste à la rupture.

La lecture des observations est des plus significative à cet égard.

E. Boeckel (obs. XXVI) s'exprime ainsi : « Un caillot mou, récent, fait saillie dans l'intérieur du kyste à travers un follicule de de Graaf rompu. Il a la grosseur d'une petite noisette, et s'est formé sans doute pendant la dernière menstruation qui a eu lieu cinq jours avant la mort ».

La ponte intra-kystique est ici véritablement prise sur le fait. Dans le kyste gauche « on trouve aussi un certain nombre d'ouvertures grandes et petites, conduisant dans autant d'arrière-cavités, dont quelques-unes admettraient une petite pomme ».

Trousseau (1), obs. XXXIII, dit aussi : « Le kyste était en communication directe avec la cavité d'une vésicule de de Graaf, à parois tomenteuses, siège de l'apoplexie primitive ».

Dans l'observation de kystes hématiques de l'ovaire, présentée par Paquet (2) (obs. XVII) à la Société anatomique, il est dit : « L'ovaire gauche, beaucoup plus volumineux, du volume d'un œuf de poule, offre une cavité remplie par un caillot d'ancienne date ; mais sur la partie latérale de cette poche s'en trouve une deuxième plus volumineuse, et remplie d'un caillot de date récente ».

Dans l'observation de M. Terrier, les tumeurs des deux ovaires sont constituées par un kyste principal et par de petits diverticules : « La tumeur du côté droit comprend aussi une poche principale et une autre plus petite, grosse comme une noisette, absolument pleine de sang coagulé, séparée de la principale par une cloison de 0.5 à 1 millim. »

Le follicule ici ne s'est pas encore ouvert dans la cavité du kyste, mais il semble que nous saisissons là le moment même qui précède la rupture.

Un détail histologique vient encore confirmer le bien fondé de cette opinion qui nous fait voir dans ces petites cavités diverticulaires, des follicules récemment ouverts dans le kyste, c'est la *persistance en quelques points de la paroi de ces cavités du revêtement épithélial stratifié du follicule*.

Le Dr Poupinel, chargé de l'examen histologique des pièces enlevées par M. Terrier, le dit clairement : « Sur une cavité moyenne (récente) nous avons pu retrouver à la périphérie du caillot qui la remplit des traces du revêtement épithélial stratifié du follicule ; sur les autres cavités plus grandes, il nous a été impossible de retrouver une trace quelconque de revêtement épithélial ». Cette constatation est en effet assez rare ; dans l'observation qu'ils ont présentée à la Société anatomique, MM. Doléris et P. Petit ont noté l'absence de l'épithélium.

Nous rappellerons que déjà Ch. Robin, dans sa note sur l'hémorragie des vésicules ovariennes, avait signalé la persis-

(1) TROUSSEAU. *Clin. méd.* V. III, p. 646.

(2) PAQUET. *Soc. anatomiq.*, 1864.

tance de cet épithélium dans quelques follicules, et sa disparition dans le plus grand nombre. Le fait, signalé par Poupinel, est donc intéressant à noter.

La paroi de ces cavités paraît enfin très vasculaire, et ainsi s'expliqueraient facilement la persistance et l'abondance de l'hémorrhagie. C'est encore là un point mis en lumière par Poupinel, qui nous montre « de volumineux et nombreux capillaires sanguins s'avancer jusque tout près de la surface interne des cavités ».

Étudions donc, maintenant, l'évolution de ces kystes hématiques de l'ovaire.

Si rien ne s'oppose à leur développement, si leur paroi est résistante, ces kystes ont un accroissement indéfini, auquel, seule, la ménopause peut mettre un terme. Ils peuvent alors acquérir des proportions vraiment considérables comme dans le cas de Bœckel.

Plus souvent, peut-être, cette évolution est arrêtée brusquement par un accident; sous l'influence d'une poussée congestive, et très souvent, ce qui s'explique facilement, au moment où le follicule se déverse dans la cavité kystique, c'est-à-dire pendant les règles, la paroi, mise brusquement en tension, cède, et le kyste se rompt.

Cette rupture du kyste a les mêmes conséquences que l'hémorrhagie extra-vésiculaire étudiée plus haut; ou bien c'est la mort en quelques heures par hémorrhagie interne, ou en quelques jours par hémorrhagie et péritonite, ou bien c'est l'hématocèle pelvienne avec tous ses dangers.

Dans certains cas, bien rares il est vrai, le kyste s'épanche-rait, non plus dans la cavité péritonéale, mais au-dessous du feuillet de la séreuse, constituant ainsi un véritable hématome du ligament large pouvant diffuser au loin (Ball, obs. XXXVIII, Piogey, obs. XXXIX).

Est-il possible d'espérer pour cette variété de kystes une issue moins dangereuse? Deux de nos observations semblent autoriser l'espoir de voir ces kystes s'arrêter dans leur développement, et peut-être rétrocéder. Nous faisons allusion à ces deux cas, rapportés par Puech et Trousseau (obs. XLIV et XXXIII) dans lesquels on voit la paroi interne du kyste tapissée de dépôts

fibrineux en couches stratifiées. Il pourrait arriver, en effet, que l'obstacle apporté ainsi à l'ouverture des follicules dans le kyste, devienne assez considérable pour arrêter la ponte intrakystique.

Avouons cependant, que dans les deux cas en question, les kystes ont abouti l'un et l'autre à la rupture. Léopold (obs. VIII, IX, X) se basant sur deux observations cliniques, croit aussi à la disparition spontanée de ces kystes. Le fait est évidemment admissible, lorsque le kyste est tout à fait récent.

Ainsi ces kystes sanguins de l'ovaire méritent donc bien le nom de kystes ménorrhagiques que leur avait donné E. Bœckel, car les faits ultérieurs paraissent confirmer complètement les déductions que le chirurgien de Strasbourg tirait de son unique observation.

Peut-on aussi bien leur accorder le nom « d'hématocèle de l'ovaire » ? Sans aucun doute, nous semble-t-il, si l'on se souvient que pour Gallard, hématocèle est synonyme de ponte extra-utérine.

Les détails dans lesquels nous sommes entré à propos de ces kystes vont nous permettre d'établir les caractères anatomiques, sur lesquels on se basera, pour établir, à l'autopsie d'une femme morte brusquement de rupture de l'ovaire, ou ayant succombé à l'hématocèle, si l'on est en face d'une hémorrhagie extra-vésiculaire, ou d'un kyste hématique rompu.

Les conditions dans lesquelles la rupture est survenue, ne servent à rien dans cette circonstance, car presque toujours la rupture des kystes se fait pendant la période menstruelle. Il est clair que dans le cas contraire le doute n'existerait plus, puisque l'hémorrhagie extra-vésiculaire résulte de la rupture du follicule arrivé à maturité.

Mais les lésions anatomiques de l'ovaire diffèrent dans les deux cas ; la cavité que représente le vésicule de de Graaf rompue est naturellement unique, celle des kystes hématiques présente toujours des poches diverticulaires ; la paroi des kystes est en outre épaissie, fibreuse et souvent tapissée de caillots d'un âge avancé ; il n'en est pas ainsi pour le vésicule hémorrhagique, dans laquelle on trouve un caillot mou, analogue à celui de la saignée. Le volume des kystes peut atteindre des

proportions qui dépassent, et de beaucoup, celle que peut atteindre le follicule, même distendu par l'hémorrhagie, avant de se rompre. Enfin les lésions de l'ovaire sont beaucoup plus profondes lors de kyste sanguin, et plus souvent aussi peut-être bilatérales.

d) *Hémorrhagie dans les follicules hydropiques.*

L'hydropisie des follicules de de Graaf, formant de véritables kystes folliculaires, est loin d'être rare.

L'ovaire est quelquefois véritablement farci de kystes peu volumineux, contenant un liquide transparent, aqueux, et n'atteignant jamais qu'un petit volume. Ce sont là des follicules atteints d'hydropisie. Lorsqu'ils ont dépassé un certain volume, toujours médiocre, tous les éléments distinctifs de la vésicule (couche épithéliale, couche lymphoïde de Slawjanski) ont disparu; mais à côté de ces kystes, dont rien n'indique plus la primitive origine, s'en rencontrent d'autres, plus jeunes, en voie de progression, dans lesquels on retrouve les éléments caractéristiques. Il est des observations où l'on peut suivre ainsi pas à pas, pour ainsi dire, l'évolution de la lésion.

Eh bien! ces kystes folliculaires peuvent être le siège d'hémorrhagie; un épanchement plus ou moins considérable se mêle au liquide déjà contenu dans le follicule, et on se trouve alors en présence d'un kyste sanguin de l'ovaire.

Mais on conçoit facilement que le contenu de ces kystes diffère sensiblement de celui des kystes ménorrhagiques. Le contenu des follicules hydropiques n'est pas du sang pur; on ne trouve pas dans ces kystes un caillot plus ou moins fibrineux; « le contenu est formé d'un *fluide sanguinolent* » (Dolérès, P. Petit, obs. VL).

L'évolution ultérieure de ces kystes folliculaires est impossible à préciser dans l'état actuel de nos connaissances. Peut-être, comme le suggèrent MM. Petit et Dolérès peuvent-ils être « souvent la source d'hématocèle pelvienne ? »

Peut-être peuvent-ils aussi devenir l'origine des kystes sanguins ménorrhagiques; tout comme la vésicule de de Graaf, siège d'une hémorrhagie intra-vésiculaire, si toutefois les follicules des menstruations successives trouvent moins d'obstacle

à s'ouvrir dans leur cavité qu'à la surface de l'ovaire. Tout dépend très vraisemblablement à cet égard du plus ou moins de sclérose de l'ovaire, de la plus ou moins grande épaisseur des membranes de périovarite, etc... Mais tous ces points sont encore entièrement à élucider.

e) *Hémorrhagie dans les corps jaunes.*

Ici encore nous serons bref, car cette variété d'hémorrhagie ne nous paraît pas avoir une grande importance chirurgicale. L'hémorrhagie dans le corps jaune n'est qu'un accident léger, qui semble sans grande influence sur l'évolution définitive de ce corps jaune, et ne laisse souvent comme trace qu'un dépôt pigmenté d'un brun noirâtre ou même tout à fait noir au centre du corps jaune et aussi dans l'épaisseur de la membrane interne épaissie. Charles Robin qui, dans son mémoire déjà signalé, a parfaitement étudié la formation du corps jaune, a décrit aussi ces petites hémorrhagies. « Un épanchement sanguin a lieu ; il forme un caillot ayant quelquefois le volume d'une noisette, et distend la membrane interne jaune, dont il empêche ou diminue le plissement. Tantôt alors le caillot se décolore et on ne trouve plus qu'une masse grisâtre de fibrine au centre du corps jaune, avec ou sans cavité médiane pleine de sérosité. » Tantôt le caillot disparaît, et l'hémorrhagie ne laisse comme trace qu'un dépôt d'hématidine.

Ces kystes, comme on le voit, ne paraissent pas devoir acquérir un gros volume. Dans l'observation de MM. Doléris et P. Petit (obs. XLI) ils atteignent à peu près le volume d'une noix.

« Leur paroi est constituée comme celle des corps jaunes récents, c'est-à-dire qu'on y trouve des papilles portant des cellules épithélioïdes à noyau et contours encore distincts. »

La résorption graduelle paraît être l'évolution normale de ce foyer sanguin dans les corps jaunes.

II. — HÉMORRHAGIES INTERSTITIELLES OU DU STROMA

Nous avons indiqué déjà la fréquence de petits foyers hémorrhagiques de l'ovaire, lésions muettes, absolument latentes

pendant la vie, découvertes seulement à l'autopsie (Nœggerath); nous n'avons pas à insister.

Mais, le stroma de l'ovaire pourrait devenir aussi sous certaines influences, le siège d'épanchements de sang plus abondants, diffus en quelque sorte, assez abondants pour détruire avec plus ou moins de rapidité le tissu de l'organe, y compris ses vésicules de de Graaf, et transformer enfin l'ovaire en une poche sanguine, remplie d'une bouillie rougeâtre, éminemment capable de causer une hémorrhagie très abondante, même mortelle, si la coque de l'organe vient à se rompre.

Puech (1), dans un travail toujours cité, écrit: « Le sang reste confiné dans le stroma dont il a rompu les mailles et dissocié les fibres; il accroît notablement le volume de l'organe. Ce n'est plus là une exhalation sanguine ou bien encore une exagération physiologique, *ce n'est pas davantage une hémorrhagie vésiculaire morbide*; c'est un tout autre phénomène qui constitue une hémorrhagie interstitielle ou bien encore une apoplexie, si l'on veut donner ce nom à tout épanchement de sang qui se fait brusquement et spontanément dans l'intérieur des tissus ».

D'après le même auteur, ces épanchements sanguins pourraient s'enkyster, puis disparaître par résorption; ou bien former un kyste sanguin de l'ovaire, lequel à son tour pourrait guérir, à moins que la suppuration ne s'en empare, ou que, plus souvent, il ne devienne le siège d'une rupture, d'où hémorrhagie et péritonite.

Scanzoni (2), après avoir rapporté un cas d'hémorrhagie mortelle à la suite de la rupture d'une vésicule de de Graaf, parle ainsi des hémorrhagies du stroma: « Ces hémorrhagies parenchymateuses, dit-il, sont rarement très abondantes, et les plus considérables que nous ayons vues atteignaient à peine le volume d'une cerise. Nous ne connaissons aucun cas terminé par une mort semblable à celle que nous venons de décrire; il paraît au contraire que le sang épanché est toujours résorbé de nouveau ou transformé en un petit corps fibreux ». L'ou-

(1) PUECH. *De l'apoplexie des ovaires*. Montpellier médical, 1858.

(2) SCANZONI. *Traité des mal. des organes sexuels des femmes*. Trad. Dor. SOCIN, p. 343.

vrage de Scanzoni ne contient rien de plus que ces quelques lignes sur cette variété d'hémorrhagies.

De Sinéty (1), à propos de ces hémorrhagies interstitielles exprime ainsi son opinion : « Elles sont tantôt disséminées et limitées à quelques points; d'autres fois elles envahissent tout le tissu ovarien qui peut lui-même être détruit, et ne plus consister qu'en une bouillie noirâtre, contenue dans une poche aux parois épaisses. Ces hémorrhagies interstitielles sont aussi sous la dépendance d'oblitérations veineuses, et ont été observées même chez les nouveau-nés ».

Cornil et Ranvier (2) écrivent : « Les hémorrhagies parenchymateuses se produisent dans les mêmes conditions (que les hémorrhagies vésiculaires) au milieu du tissu conjonctif de l'ovaire ».

Ces quelques lignes, tirées d'auteurs faisant autorité prouvent assez par leur contradiction ou leur insuffisance, combien obscure est encore l'histoire des hémorrhagies du tissu de l'ovaire.

Incontestablement, il n'y a pas entre ces minimes extravasations sanguines du bulbe de l'ovaire et cette transformation de tout l'ovaire « en un tissu tout à fait analogue à la pulpe splénique », qu'une simple différence dans l'étendue ou l'intensité d'une même lésion. Nous sommes, croyons-nous, en présence de faits qui doivent être séparés les uns des autres, à tous les points de vue, et surtout au point de vue de leurs causes et aussi de leurs conséquences morbides.

En tous cas, ces hémorrhagies diffuses, ce ramollissement hémorrhagique, comme on disait autrefois, doivent être soigneusement distingués des hémorrhagies vésiculaires. Du reste si nous nous souvenons de l'aspect, de l'évolution des lésions, causées par les différentes variétés d'hémorrhagies vésiculaires, nous n'aurons pas de peine à séparer ces faits les uns des autres.

Sans doute, lorsque tout l'ovaire est transformé en une coque renfermant une pulpe rougeâtre et sanglante, il est bien certain que tous les éléments, y compris les vésicules de de Graaf,

(1) DE SINÉTY. *Traité de gynécologie*. Paris, 1879.

(2) CORNIL et RANVIER. *Man. anat. patholog.*, 2^e éd., 1884, p. 682.

sont le siège d'hémorrhagies ou sont détruits, mais ce qui frappe le plus dans ces cas, c'est la *destruction du tissu de charpente même de l'organe*, alors que dans les hémorrhagies vésiculaires les plus volumineuses, ce tissu persiste et présente à l'examen histologique ses divers éléments parfaitement reconnaissables.

C'est donc bien ici la lésion du stroma qui domine l'évolution de l'acte pathologique, et lui donne ses caractères particuliers.

L'interprétation de ces faits est loin d'être aisée, aussi les hypothèses ne manquent-elles point. On nous permettra de ne pas insister longuement sur la plupart.

Faut-il avec Bernutz et Goupil nous refuser à admettre l'ovarite pour croire « à une lésion de nutrition préalable de l'ovaire », quelque vague que soit cette explication ?

Faut-il avec Chereau et Hirtz réunir ces faits pour édifier avec eux une nouvelle variété d'ovarite, l'ovarite hémorrhagique ? — Ou ne faut-il pas mieux ne voir là, avec Gallard, qu'un des stades des lésions de l'ovarite aiguë, la période de ramollissement rouge, précédant la période de ramollissement gris ou de suppuration ?

Cette dernière interprétation nous semble la plus acceptable et la plus conforme aux observations.

Presque toujours en effet, dans ces ovaires atteints de ramollissement rouge, on trouve des points de suppuration plus ou moins étendus ; le plus souvent aussi les deux ovaires sont atteints, et l'un est converti en une poche pâteuse, contenant une véritable bouillie splénique, tandis que l'autre renferme un ou plusieurs abcès. Enfin, lorsque l'ovaire ainsi transformé vient à se rompre, si la malade ne succombe pas immédiatement à l'hémorrhagie, elle est tuée du moins très rapidement par une péritonite, évidemment très septique, ce qui se conçoit, si notre opinion est juste.

En un mot, nous croyons que cette lésion relève de l'ovarite, de l'ovarite infectieuse, analogue à l'ovarite puerpérale.

A propos de l'ovarite puerpérale, R. Lee (1) écrivait, dès 1833 : « Dans plusieurs exemples qui se sont offerts à mon obser-

(1) R. LEE. *Researche on the Path. and Treat. of diseases Women*. Londres, 1833.

vation, le tissu entier des ovaires était converti en une pulpe vasculaire, sans qu'il fût possible de reconnaître aucune trace de l'organisation naturelle de ces corps ». Et Chereau (1), à propos des lésions de l'ovarite aiguë, dit aussi : « C'est ici qu'il convient de placer le ramollissement rouge, dans lequel on voit le stroma converti en une matière friable d'un rouge uniforme, foncé et ressemblant beaucoup au parenchyme de la rate ».

C'est exactement la description que Puech, de Sinéty donnent de certaines hémorrhagies interstitielles de l'ovaire (voy. plus haut). Peut-être, au point de vue nosologique, pourra-t-on nous reprocher d'avoir accordé une place à cette lésion dans une étude sur les hémorrhagies de l'ovaire ; mais, au point de vue clinique, et nous avouons nous occuper surtout de celui-ci, cette lésion se comporte comme les autres variétés d'hémorrhagies de l'ovaire, et on peut la voir provoquer l'hémorrhagie interne et la péritonite.

Varices du bulbe de l'ovaire.

Nous croyons ne pas devoir complètement laisser de côté cette source d'hémorrhagie, quoique les ruptures des veines variqueuses *dans l'ovaire même* soient très rares.

L'histoire de cette lésion appartient en effet au varicocèle ovarien, décrit pour la première fois par Richet (2), puis par Devalz ; presque dans toutes les observations de ruptures veineuses du petit bassin, on trouve incriminée cette lésion ; mais la rupture s'est faite presque toujours, non pas sur les veines de l'ovaire, sans doute mieux soutenues, mais sur une des veines du plexus utéro-ovarien, qui rampent dans le tissu cellulaire lâche du ligament large. La déchirure siège alors sur le péritoine (obs. de Fowler (3) d'Ollivier d'Angers (4).

(1) CHEREAU. *Mém. pour servir à l'étude des mal. des ovaires*. Paris, 1844.

(2) RICHET. *Anat. chirurgicale*, p. 815.

(3) FOWLER. *Rupt. of ovarian pampinif. plexus*. *Ann. Anat. and Surg. Soc.* Brooklyn.

(4) OLLIVIER. In BERNUTZ et GOUPIL. *Loc. cit.*

Les observations de varices des veines de l'ovaire ne sont souvent pas suffisantes, au point de vue précisément du siège de la lésion. C'est ainsi que le cas de Pelletan et Bichat (obs. XXXII) reste douteux, quoique les auteurs expriment leur opinion en ces termes : « Nous reconnûmes donc une espèce d'anévrysme ou de varicocèle de l'ovaire ».

Insuffisant aussi le cas cité à la Société anatomique en 1847 (obs. VII) par Depaul, qui dit simplement avoir observé « la rupture d'une veine ovarique ».

Plus complète heureusement est l'observation de Höring (obs. XLVII), citée par Léopold (1), et intitulée « rupture d'une varice dans l'ovaire ».

D'ailleurs il faut bien le reconnaître aussi, il est loin d'être toujours facile de retrouver à l'autopsie le point de départ de l'hémorrhagie, en raison de la gravité des lésions, et de la diffusion du sang entre les feuillets du ligament large et même au delà.

On comprend facilement que seule l'injection veineuse permettrait de retrouver le point où la paroi veineuse a cédé ; Devalz indique bien cette nécessité, mais nous ne croyons pas que son conseil ait été suivi souvent !

La rupture d'une veine de l'ovaire entraîne des conséquences qu'il est facile de prévoir et sur lesquelles il n'est pas besoin d'insister...

Nous aurons à examiner plus loin l'importance de ces varices pour la nutrition de l'ovaire et leurs conséquences possibles. Ajoutons que de ces varices peuvent résulter des coagulations vaineuses (de Sinéty), des phlébolithes (Reverdin) (2), Daraignez et Labougne (3), lésions qui troublent naturellement la circulation ovarienne et prédisposent ainsi l'organe aux hémorrhagies.

Lésions associées aux hémorrhagies de l'ovaire.

Nous ne ferons que rappeler l'hémorrhagie diffuse ou enkystée du péritoine, la péritonite, l'hématome, toutes lésions qui

(1) LÉOPOLD. *Arch. fur Gynecolog.* B. XIII, 1878, p. 300.

(2) REVERDIN. *Soc. anat.*, 1868, p. 156.

(3) DARAGNEZ et LABOUGNE. *Jour. de méd. de Bordeaux*, 1888, p. 6.

sont nettement secondaires à la rupture de foyers sanguins ovariens. Une seule fois nous avons trouvé signalée la présence « d'un peu d'ascite claire dans le péritoine » (obs. Terrier).

Nous ne reviendrons pas ici sur le varicocèle ovarien, après ce que nous venons d'en dire à propos des varices du bulbe; mais nous voulons insister sur d'autres lésions beaucoup plus intéressantes, au point de vue du moins de la pathogénie des hémorragies de l'ovaire.

L'ovaire atteint d'hémorragie (exception faite pour les hémorragies vésiculaires multiples) n'est presque jamais un ovaire normal, c'est-à-dire qu'à côté du foyer sanguin, fait capital, on constate d'autres lésions.

Dans le fait présenté par Richard (1) à la Société anatomique (obs. XV) « les ovaires sont petits, ratatinés, durs »; l'examen du tissu ovarien montre que « la membrane des vésicules est devenue plus épaisse, plus résistante, presque cartilagineuse ». Cet épaissement de la paroi des follicules est aussi longuement signalé dans l'observation de M. Terrier. MM. Doléris et Petit (2) insistent beaucoup aussi sur « la sclérose, l'hyperplasie fibreuse qui a envahi tous les éléments de l'organe malade » et sont tout disposés à faire jouer à ce processus le rôle principal dans le mécanisme des hémorragies.

Cornil et Ranvier notent aussi « un épaissement calleux de l'ovaire, et des régressions anormales des follicules de de Graaf, qui sont tantôt comblés par un tissu muqueux (Slawjanski), tantôt hydropiques ».

En somme, les ovaires paraissent presque toujours atteints de sclérose, et les follicules troublés dans leur évolution physiologique.

Ces lésions sont-elles primitives? sont-elles au contraire secondaires, dépendantes du processus hémorragique, qu'il siège dans les vésicules ou dans le stroma? On peut admettre l'un et l'autre.

Si, sans aucun doute, les foyers sanguins peuvent provoquer

(1) RICHARD. *Soc. anat.*, 1848.

(2) DOLÉRIS et PETIT. *Soc. anat.*, 1888.

autour d'eux des lésions d'irritation chronique, c'est-à-dire de sclérose, il n'en est pas moins vrai que la sclérose peut et doit causer dans l'évolution des follicules de de Graaf des troubles variés, dont un des plus fréquents serait l'hydropisie folliculaire; beaucoup pensent aussi, et avec raison, que cette sclérose de l'ovaire, qui souvent est surtout corticale, peut venir mettre un obstacle insurmontable à la ponte, d'où des troubles hémorrhagiques (kystes sanguins).

C'est au même titre encore que les néo-membranes de la périoovaire sont intéressantes; en encapsulant l'ovaire, elles troublent ou même empêchent l'expulsion de l'ovule. Mais ici encore on peut se demander si ces néo-membranes ne sont pas consécutives à la lésion ovarienne; il est très probable cependant que le plus souvent elles sont causées par une salpingite de voisinage (Terrillon) (1).

Les altérations des trompes sont en effet très souvent associées aux lésions de l'ovaire que nous étudions. Deux fois seulement nous trouvons noté que les trompes étaient saines; dans 14 cas au contraire on voit signalé des adhérences, du catarrhe, une oblitération plus ou moins complète, ou des abcès, ou des épanchements sanguins, etc. Rien de plus rationnel que d'incriminer dans quelques cas ces différentes lésions des trompes, qui mettent obstacle à leur fonctionnement, pour expliquer l'issue dans le péritoine des produits de déhiscence des follicules.

(1) O. TERRILLON. *Lec. de clin. chirurg.*, 1889, p. 302.

CHAPITRE III

Étiologie. — Pathogénie.

L'étiologie des hémorrhagies de l'ovaire est loin d'être élucidée dans tous ses détails, et beaucoup d'inconnues n'ont reçu comme solution que des hypothèses plus ou moins ingénieuses.

Une exception, toutefois, doit être faite pour les hémorrhagies vésiculaires multiples, auxquelles, depuis le travail de Ch. Robin, on s'accorde généralement à donner pour causes, les fièvres éruptives et les maladies infectieuses, surtout avec tendances hémorrhagiques. C'est ainsi que les observations mentionnent la fièvre typhoïde, la variole, la rougeole, la pneumonie aiguë (Robin, Devalz), la méningite cérébro-spinale (Hanks) (1).

Il faudrait y ajouter certaines intoxications, par exemple, les empoisonnements par le tartre stibié (Richard), le phosphore (Winckel). Les brûlures étendues, l'insolation (Hufeland) pourraient aussi causer les hémorrhagies vésiculaires multiples. Enfin une des malades, observées par Ch. Robin, avait succombé à une cirrhose du foie.

En face de cette étiologie, nous ne pouvons nous empêcher de rapprocher ces hémorrhagies des fièvres et des maladies infectieuses, des métrorrhagies signalées assez fréquemment dans ces mêmes maladies, et dénommées si ingénieusement « épistaxis utérines » par Gubler.

Il semble assez rationnel de supposer que l'hémorrhagie ovarienne et l'hémorrhagie utérine sont connexes et reconnaissent une même cause. Mais faut-il penser avec quelques-uns que la maladie a seulement avancé les règles de quelques jours ? Cette

(1) HANKS. *American J. of obstetrics*, 1876, 291.

interprétation ne nous paraît pas exacte en raison des caractères propres aux hémorrhagies vésiculaires multiples, et en particulier de ceux-ci : hémorrhagies multiples des deux ovaires, jamais suivies de corps jaunes. Mieux vaut, semble-t-il, accepter l'expression de Gubler et l'interprétation qu'elle suggère.

Pour les hémorrhagies extra-vésiculaires nous avons à rechercher deux choses : 1^o pourquoi le follicule se rompt en dehors de la trompe, et 2^o pourquoi ou comment l'hémorrhagie physiologique qui, normalement, est insignifiante, peut prendre des proportions telles qu'elle entraîne rapidement la mort ou produise une hématoécèle ?

A la première question, il semble assez facile de répondre, tant sont fréquentes les lésions de la trompe, qui viennent troubler son fonctionnement. Qu'elle soit simplement le siège d'un catarrhe, ou qu'elle soit atteinte d'épanchements variés, sanguins ou purulents, ou encore oblitérée, il est clair que, dans tous ces cas, la trompe ne peut plus remplir convenablement son rôle de canal excréteur. Il n'y a plus cette adaptation si précise de l'ovaire à la trompe qui semble nécessaire à la régularité de la ponte.

A la seconde question concernant l'abondance excessive de l'hémorrhagie, on répond en invoquant dans tous ces cas une congestion intense, excessive de l'ovaire, et chacun s'empresse alors de faire remarquer la structure éminemment vasculaire de l'ovaire, et les poussées congestives auxquelles il est soumis normalement.

L'ovaire est en effet le siège de congestions extrêmement fréquentes et intenses ; tout est pour lui prétexte à congestion ; à la moindre atteinte, non pas même portée directement sur lui, il réagit violemment ; il est le point d'arrivée des réflexes congestifs, dont le point de départ peut être en quelque point que ce soit de la sphère génitale.

Les excès vénériens de toute nature, les traumatismes de l'utérus (cautérisations, opérations sur le col ou sur la cavité), les lésions pathologiques de cet organe, en un mot, les excitations parties d'un point quelconque de ces régions retentissent douloureusement et vasculairement sur l'ovaire.

Il faut encore ajouter la constipation habituelle, les grossesses

répétées, le prolapsus même de l'ovaire. Que ces excitations viennent à se renouveler fréquemment ou s'établissent avec persistance, et voilà les ovaires sous le coup de poussées perpétuelles de congestion plus ou moins intense. Ces congestions, durables ou répétées, produisent toujours, ici comme partout, les mêmes conséquences, la sclérose, et avec elle les troubles de nutrition. Les follicules deviennent malades ou anormaux dans leur développement. Vienne à tomber sur ce terrain si bien préparé une congestion physiologique, celle des règles, par exemple, ou pathologique (traumatisme, etc.), et tout est prêt pour une hémorrhagie abondante.

A l'inspiration de son maître, le professeur Richet, Devalz (1) accorde au varicocèle ovarien une influence prépondérante dans la production de ces hémorrhagies : « L'ovaire (lors de varicocèle), doit subir de grandes altérations de nutrition, telles que œdème, engorgement ». L'auteur avoue, toutefois, qu'il n'a pas pu examiner d'ovaires dans de telles conditions, et que sa description est basée sur l'analogie qu'il suppose réelle entre les altérations d'un membre variqueux et un ovaire variqueux : « Peut-être, ajoute-t-il encore, le varicocèle à cause de l'accumulation sanguine qu'il provoque, n'est-il pas étranger au développement de ces collections hématiques intra-ovariennes, connues sous le nom de kystes sanguins ».

Ces inductions nous paraissent très acceptables ; mais Devalz, qui semble n'avoir pour but que de renverser la théorie de Bernutz et celle de Nélaton, pour élever à leur place la théorie de Richet, ne peut croire qu'au moment de la ponte, la vésicule seule se rompe : « la déchirure ne se bornera pas à la paroi de la vésicule, mais portera sur le tissu de l'ovaire lui-même. Ainsi s'explique ce morcellement de l'organe, dont parle Laugier, et que l'on retrouve dans toutes les observations d'hématocèle ».

Allant encore plus loin, Devalz, qui d'ailleurs ne cite pas d'observation, va jusqu'à prétendre « que la cavité du follicule ouvert se changerait en un véritable ulcère variqueux, siégeant à la surface de l'ovaire ; et c'est à la surface de cette plaie que se ferait l'hémorrhagie, comme à la jambe ».

(1) DEVALZ. Th. Paris, 1858.

Il ne nous semble pas qu'il faille forcer à ce point les analogies, mais il est bien certain qu'on ne peut refuser aux varices du bulbe d'entretenir une prédisposition très réelle de l'ovaire aux hémorrhagies.

Telles sont les hypothèses proposées pour expliquer la deuxième variété d'hémorrhagie vésiculaire ; quelles causes agissent donc pour empêcher dans d'autres cas le follicule de se rompre, lui permettant ainsi de former un kyste intra-ovarique, plus ou moins volumineux ?

Ici, on invoque d'abord et avant tout, et nos observations semblent prouver le bien fondé de cette explication (v. Lésions associées), on invoque les modifications scléreuses de l'ovaire, modifications dues elles-mêmes aux poussées congestives si fréquentes qu'il subit ou à l'ovarite chronique. Faut-il incriminer plutôt la congestion chronique ou l'ovarite ? Il est bien difficile de répondre à cette question, car, où placer la limite qui sépare la congestion de l'ovarite ?

Quoi qu'il en soit du mot, nous avons vu que les follicules subissaient eux aussi des modifications de structure ; leur paroi devient épaisse, résistante, fibreuse, et ne cédera plus que difficilement à la rupture. Dans certains cas, cet épaissement est tel qu'il suffirait à lui seul pour expliquer l'indéhiscence du follicule (Pouponnel).

Mais il faut ajouter que souvent la sclérose de l'ovaire est surtout périphérique, *corticale* ; enfin aussi, que presque toujours les néo-membranes de la péri-ovarite encapuchonnent littéralement l'organe.

De cet ensemble de lésions résulte pour la vésicule l'impossibilité de venir proéminer à la surface de l'ovaire et de s'y ouvrir. La vésicule reste centrale, devient le siège d'hémorrhagies, et ainsi est constitué un petit kyste sanguin, dont l'accroissement progressif continue sans interruption par rupture dans sa cavité des autres follicules, qui trouvent de ce côté peu ou pas d'obstacle, tandis que tout concourt à les empêcher de s'ouvrir au dehors. Telle est l'opinion de Bischoff, de Gallard. M. Terrillon (1) dans ses récentes cliniques chirurgicales s'ex-

(1) TERRILLON. *Leçons de clin. chirurg.*, 1889, p. 302. V. aussi la fig. 30, p. 301.

prime de même : « La rupture de la vésicule de de Graaf ne se fait plus dans des conditions normales, puisque le sang ne peut s'échapper au dehors à cause de la présence des adhérences superficielles. Ainsi sont constitués les kystes sanguins que l'on constate si souvent dans ces ovaires ».

Les hémorrhagies dans les follicules hydropiques nous paraissent relever des causes déjà énumérées. Quant à l'épanchement sanguin du corps jaune, il paraît bien résulter d'une légère hémorrhagie de la vésicule après la ponte.

Les mêmes causes encore, congestions répétées, troubles circulatoires dus au varicocèle, etc., se retrouvent pour expliquer les petites extravasations sanguines du stroma.

Quant aux hémorrhagies diffuses, avec destruction des éléments de l'organe, qui ne représente plus en fin de compte qu'une coque renfermant une pulpe vasculaire, nous avons déjà dit ce que, d'après nous, il fallait en penser. Nous n'avons pas à y revenir.

En résumé, la lésion primordiale, nécessaire est la même dans l'hémorrhagie extra-vésiculaire et dans l'hémorrhagie intra-vésiculaire. Dans les deux cas, il y a hémorrhagie dans la vésicule, et ce sont des conditions accessoires, variables, qui donnent à cette même lésion des conséquences très différentes. L'hémorrhagie a lieu dans la vésicule avant la rupture dans le cas d'hémorrhagie extra-vésiculaire, cela est rendu évident par les relations des autopsies, où l'on trouve signalées des poches du volume d'une noix ou même d'un œuf de poule. La vésicule a résisté d'abord, mais elle a fini par être vaincue. Dans l'hémorrhagie intra-vésiculaire, au contraire, elle ne cède pas. On est bien en droit de supposer sans beaucoup s'aventurer, croyons-nous, que cette différence provient simplement et de la position plus ou moins centrale ou périphérique du follicule, et du plus ou moins de sclérose de la paroi folliculaire et de l'ovaire, comme aussi de l'existence ou de l'absence des néo-membranes de la péri-ovarite, toutes conditions secondaires, accessoires, qui s'ajoutent au phénomène principal et en modifient l'évolution.

CHAPITRE III

Symptomatologie.

Nous ne pouvons suivre ici la même division que pour la description anatomo-pathologique, par cette raison que, au point de vue symptomatique, des variétés très différentes peuvent se présenter sous une physionomie presque identique.

Au point de vue clinique, nous diviserons donc les hémorrhagies de l'ovaire en :

1^o *Hémorrhagies latentes ou presque latentes.* — Ces hémorrhagies, absolument muettes, ne provoquent, ni du côté de l'ovaire, ni du côté de la sphère génitale, de troubles suffisants pour attirer l'attention. Telles les hémorrhagies vésiculaires multiples des fièvres, les hémorrhagies des corps jaunes, les petits foyers apoplectiques du stroma ;

2^o *Hémorrhagies à début brusque et à phénomènes bruyants.* — Cette deuxième variété est représentée en réalité par les cas de rupture de l'ovaire, quelle qu'en soit la cause. Suivant l'abondance de l'épanchement, suivant la tolérance plus ou moins grande du péritoine, on voit survenir, tantôt la mort rapide avec tous les phénomènes de la péritonite, tantôt l'hématocèle avec ses signes bruyants ;

3^o *Hémorrhagies se comportant comme une tumeur de l'ovaire.* — Ce sont les cas de kystes sanguins de l'ovaire.

I. — HÉMORRHAGIES LATENTES

Nous intitulos ainsi ce chapitre, quoique quelques-unes, au moins, de ces hémorrhagies restent méconnues pendant la vie, peut-être seulement parce que l'attention s'est portée tout

entière d'un autre côté. Il ne viendrait évidemment à l'idée de personne par exemple, d'attribuer à l'ovaire la douleur abdominale que la pression détermine chez une typhique. Ch. Robin, dans une de ses observations, mentionne un fait analogue ; une des malades dont il a fait l'autopsie, morte d'une cirrhose du foie, s'était souvent plainte de douleurs dans le bas-ventre ; mais « l'attention s'y était peu fixée, parce que quand la malade s'en plaignait, on les rapportait à l'affection du foie ».

Quoi qu'il en soit, et quelle que soit la cause pour laquelle elles passent inaperçues pendant la vie, elles ne sont, le plus souvent, que des trouvailles d'autopsie. C'est à la nécropsie de certaines fièvres ou maladies infectieuses qu'on les découvre ; c'est dans les ovaires enlevés par la laparotomie pour kystes sanguins ou enlevés avec une trompe malade, qu'on trouve les foyers sanguins dans les corps jaunes, ou les petites hémorrhagies interstitielles.

Toutefois avant d'aller plus loin, nous devons faire encore une remarque, sur laquelle nous avons déjà passé sans insister.

Si l'on considère l'étiologie principale indiquée pour les hémorrhagies vésiculaires multiples, et que l'on songe d'autre part à ces métrorrhagies, signalées souvent dans les mêmes infections, on ne peut s'empêcher de faire entre les deux phénomènes un rapprochement.

C'est en effet dans la variole, la rougeole, la scarlatine (Scanzoni), la fièvre typhoïde, qu'on a signalé ces hémorrhagies utérines que Virchow qualifiait de pseudo-menstruations, et que, Gubler appelait si heureusement « épistaxis utérines. » Nous devons avouer que ce n'est là qu'une hypothèse, puisqu'aucune observation n'existe pour montrer la coexistence d'hémorrhagies ovariennes et d'hémorrhagies utérines, mais nous avons cru bon malgré tout de réunir ces faits.

Peut-être enfin ces hémorrhagies vésiculaires multiples ne sont-elles pas sans aucune relation avec l'ovarite des maladies fébriles ? mais nous touchons là une question trop obscure et trop discutée pour nous y attarder.

II. — HÉMORRHAGIES A DÉBUT BRUSQUE ET A PHÉNOMÈNES BRUYANTS

Une femme jeune, en pleine période d'activité génitale, sans avoir présenté souvent aucun trouble de la fonction menstruelle, est prise pendant ses règles, à l'occasion d'un effort (Léopold), d'un excès du coït ou d'autres causes plus ou moins vagues, d'une douleur le plus souvent très violente, et limitée d'abord à un côté de l'abdomen dans la région de l'ovaire. Rapidement le pouls s'élève à 120, 140 pulsations, la peau est pâle, froide, et tout indique une hémorrhagie interne..... Quelques heures plus tard, les vomissements, le ballonnement du ventre, le hoquet, etc., ne laissent aucun doute sur le développement d'une péritonite, et en 48 heures quelquefois, plus souvent en 2 ou 3 jours, la mort survient. Telles sont quelques-unes de nos observations.

C'est tout à fait le tableau de l'hémorrhagie *cataclysmique* de Barnes.

Le tableau n'est pas toujours heureusement aussi sombre, et la malade, après quelques phénomènes bruyants et inquiétants, peut survivre. Le début cependant est le plus souvent tout à fait identique, moins dramatique peut-être (Bernutz).

Une douleur subite survient, douleur expulsive ou gravative, accompagnée d'un immense sentiment de faiblesse; mais les signes d'hémorrhagie ne s'accroissent pas davantage, et on voit survenir alors des phénomènes de péritonite localisée, indiquant le travail d'enkystement, et caractérisés par des nausées, des vomissements, le ballonnement du ventre, la fièvre, etc. En même temps, le toucher vaginal, combiné avec la palpation abdominale indiquent les signes propres à la tumeur rétro-utérine, que nous ne devons pas décrire.

La plupart de nos observations ne nous montrent pas les malades à cette période de leur affection, mais à une période beaucoup plus tardive, ce qui explique les lésions si étendues qu'on y trouve signalées. Sans doute, l'ovaire est souvent dès la première hémorrhagie, englobé dans les adhérences et fait partie de la poche rétro-utérine; et c'est ainsi que se font successivement dans la poche primitive des hémorrhagies secon-

daïres, qui finalement, aboutissent à la destruction plus ou moins complète de l'organe.

L'hémorrhagie cataclysmique peut succéder aussi bien à la rupture d'une vésicule de de Graaf pendant les règles, qu'à la rupture d'un kyste hématique de l'ovaire, ou enfin qu'à l'éclatement d'un de ces ovaires, atteints de ramollissement hémorrhagique, dont le tissu ressemble à celui d'une rate diffluente.

Il semble toutefois, que dans ces derniers cas, la mort soit plus rapide encore que dans les autres, ce qui nous semble s'expliquer par la nature septique du sang déversé dans le péritoine.

Ce n'est pas tant en effet, du moins dans le plus grand nombre des cas, l'abondance de l'hémorrhagie qui tue que la péritonite ; et cette péritonite paraît avoir une marche variable suivant la virulence ou la nature de l'agent infectieux. Or, précisément, on aurait affaire dans ces cas à des ovarites septiques, et ainsi s'expliqueraient ces morts rapides, pas assez rapides pour être dues seulement à l'hémorrhagie, trop rapides pour être causées par l'évolution d'une péritonite simple.

La rupture, et par suite l'hémorrhagie se produit-elle toujours pendant les règles ? Oui, le plus souvent, mais pas toujours.

Dans 6 de nos observations (Scanzoni, obs. XII ; Fordyce, obs. XI ; Puech, obs. XLIV ; Hufeland, obs. XLVI ; Léopold, obs. VIII, IX, XI ; G. de Mussy, obs. VII), les accidents surviennent en pleine période menstruelle, ou immédiatement après (Puech).

Pour les H. vésiculaires, la question ne se posait pas évidemment, mais dans les autres cas de rupture de l'ovaire, il était intéressant de remarquer que l'accident survient sous l'influence de la poussée fluxionnaire de la ponte. Il est en effet bien évident qu'au moment où la vésicule, arrivée à maturité, augmentée de volume, se déverse dans un kyste hématique ou se rompt dans un ovaire ramolli, la tension que subissent les parois du kyste ou de la poche ovarique augmente brusquement, d'où la possibilité d'une rupture à cet instant même.

Cette apparition d'une hémorrhagie interne pendant les règles, doit immédiatement éveiller l'attention, et si le chirurgien se décide à intervenir, évidemment ses recherches devront être

dirigées du côté des ovaires. Nous reviendrons du reste sur ce point dans le chapitre consacré au traitement.

III. — HÉMORRHAGIES DE L'OVAIRE SE COMPORTANT COMME UNE TUMEUR DE L'ORGANE

Nous avons surtout en vue dans ce chapitre l'étude clinique des kystes sanguins de l'ovaire. K. ménorrhagiques de E. Bœckel, etc.

Il est malheureusement presque impossible de tracer une symptomatologie tant soit peu précise pour ces cas, tant les observations manquent de détails en ce qui concerne les antécédents, les commémoratifs, tant les troubles fonctionnels précurseurs et actuels sont variables et inconstants.

Plusieurs raisons concourent d'ailleurs à ce résultat : c'est d'abord l'évolution le plus souvent parfaitement insidieuse de ces kystes sanguins, leur évolution lente ; c'est aussi que presque jamais le chirurgien n'assiste au début de la lésion ; c'est enfin et surtout peut-être la coexistence des lésions tubaires.

Nous avons noté plus haut la fréquence de cette association, et il est facile de comprendre combien obscure et pénible sera la séparation des troubles relevant des lésions de la trompe de ceux que tient sous sa dépendance la lésion de l'ovaire. Aussi nos observations mentionnent-elles plusieurs erreurs de diagnostic alors même que la tumeur était volumineuse.

Une autre raison, capitale aussi, c'est que l'attention n'est pas attirée sur cette sorte de lésion, c'est-à-dire que les hémorrhagies de l'ovaire, malgré que beaucoup des cas publiés soient déjà de date ancienne, sont peu connues, et que par suite, en face d'une tumeur unilatérale ou bilatérale du bassin, tumeur s'accompagnant de troubles menstruels variés, on songe aussitôt, surtout à l'heure actuelle, à une quelconque des nombreuses variétés de salpingite. C'est à ce point, que la ponction même, alors même qu'elle ramène du sang, semble confirmer le diagnostic et permettre d'affirmer la salpingite hémorrhagique.

Il faut bien le reconnaître, le diagnostic de l'hémorrhagie intra-ovarienne, alors que le foyer sanguin est de petit volume, nous

paraît absolument impossible. Nous connaissons d'ailleurs fort mal la réaction fonctionnelle qui peut se produire, alors que la vésicule ovarienne retenue à l'intérieur de l'ovaire, et dans l'impossibilité de s'ouvrir au dehors, devient le siège d'une hémorrhagie. Pour Scanzoni, cet acte morbide ne serait le plus souvent traduit au dehors « par aucun phénomène particulier ». Nos observations ne mentionnent pas non plus en général de signe quelconque qu'on puisse *avec certitude* considérer comme ayant marqué le début de la lésion.

Cependant on trouve signalé quelquefois dans les commémoratifs une douleur assez subite, étant survenue pendant les règles quelques mois auparavant, et ayant été quelquefois suivie de troubles menstruels, et surtout de ménorrhagies.

Toutefois, s'il fallait en croire un intéressant travail de Léopold (1) (de Leipzig), on devrait n'accuser souvent qu'une insuffisance de renseignements. Léopold s'appuie sur trois cas, dont deux malheureusement manquent de contrôle anatomique, ce qui permet de conserver un doute sur le diagnostic, malgré la grande autorité de l'auteur, et aussi malgré l'analogie très grande de ces deux cas avec le troisième, suivi seul d'autopsie (obs. VIII, IX, X).

Dans ces trois observations, calquées pour ainsi dire les unes sur les autres, il s'agit de femmes âgées respectivement de 18, 27 et 28 ans. Toutes trois, sans qu'on ait rien noté de particulier antérieurement, à la suite d'une fatigue ou d'un effort, sont prises brusquement, *pendant leurs règles*, d'une douleur qui se localise à un des côtés du ventre. Aussitôt, dans les 3 cas, le chirurgien constate *dans la région ovarienne* la production d'une tumeur du volume d'un œuf de poule dans un cas, du poing dans les deux autres. Ces tumeurs, dont le développement a été subit, ont une forme plus ou moins régulièrement arrondie, sont nettement circonscrites, présentent une certaine mobilité, et sont un peu douloureuses.

Dans deux cas, à la suite d'un repos complet de 2 et 3 mois, la tumeur diminua beaucoup et disparut presque. Dans le troisième cas, on observa une légère diminution de volume,

(1) LÉOPOLD. Hémorrh. et tumeurs sang. de l'ovaire. *Arch. für Gynæc.* B, XIII, 1878.

mais deux ans après, la tumeur ayant contracté des adhérences avec le rectum, s'ouvrit dans l'intestin, et la malade succomba à la tuberculose. On trouva l'ovaire du volume d'un œuf de poule, adhérent au rectum et perforé au niveau de l'adhérence.

Léopold s'est-il réellement trouvé en face d'hémorrhagies vésiculaires intra-ovariques, comme il le croit, ou faut-il avec Horder, Moldenhauer, Langerhans à la Société de Gynécologie de Leipzig, faire des réserves, et croire plutôt à l'oophorite aiguë ?

Il faut bien avouer que si le récit clinique est saisissant de netteté, et donne immédiatement l'idée d'une hémorrhagie subite de l'ovaire, les détails anatomiques manquent complètement dans deux cas, et à peu près aussi dans le troisième. On est bien en droit, croyons-nous, de conserver des doutes sur la nature de cette lésion de l'ovaire, qui, après un début très brusque, il est vrai, subit une période d'accalmie de deux ans, puis vient s'ouvrir dans le rectum, et enfin s'est développée, ajoutons-le, chez une femme qui succombe à la tuberculose ?

Nous avons cru devoir, malgré leur incertitude, discuter ces faits, en raison de l'affirmation formelle de Léopold. Rien n'empêche après tout de croire que dans quelques cas, l'hémorrhagie vésiculaire ne se traduise par un tableau symptomatique brusque et vraiment saisissant, comme l'indique le gynécologiste allemand, mais il doit en être autrement dans la plupart des cas. Il est vrai que malheureusement, au milieu de troubles fonctionnels variés, durant souvent depuis des années, les malades peuvent oublier certains épisodes plus ou moins aigus de leur affection ; cependant si Léopold avait décrit là le tableau de la majorité des cas, nous ne pouvons croire qu'on ne le retrouve pas plus souvent dans les observations.

Une dernière raison qui doit contribuer à rendre peu net le début des kystes qui nous occupent, c'est que bien rarement cette sorte de lésion est primitive, et qu'elle est précisément déterminée par d'autres altérations de l'ovaire (périorvarite, sclérose) ou de la trompe, lésions qui donnent aussi leur note dans l'ensemble et ne laissent pas la première place à l'hémorrhagie de l'ovaire.

En résumé, nous sommes ainsi amené à admettre deux modes

de début : l'un brusque, accompagné de phénomènes bruyants, l'autre lent et insidieux, beaucoup plus fréquent.

Lorsque le kyste a acquis un certain volume, il devient perceptible à l'exploration et se présente comme une tumeur de l'ovaire, que par la palpation bimanuelle, pratiquée suivant les règles ordinaires, on peut arriver le plus souvent à localiser dans la région de l'ovaire, et dont on peut différencier les caractères. Mais, il s'en faut, et de beaucoup, que de cet examen même minutieux, on tire des renseignements aussi précis que Léopold l'indique, et cela toujours à cause des adhérences qui modifient les sensations et fusionnent si souvent la trompe et l'ovaire. Ces adhérences tubo-ovariques sont si fréquentes, et souvent si intimes que le chirurgien, qui se décide à intervenir, est forcé d'enlever tout à la fois les deux organes.

Mais, lorsque le kyste ayant dépassé un certain volume, est devenu facile à surveiller, si on observe longtemps les malades, un symptôme d'une importance capitale apparaît. *A chaque période menstruelle*, en effet, la *tumeur ovarienne*, dont on avait pu marquer les limites auparavant, *augmente brusquement de volume* ; elle subit une poussée, qui quelquefois fait craindre la rupture des parois.

« Malgré le traitement médical, dit E. Boeckel (obs. XXVI), à chaque menstruation, les tumeurs gonflent et sont douloureuses. Je constatai plusieurs fois par des mesures prises immédiatement avant et après cette époque, que, en quelques jours, les kystes avaient augmenté de 2 ou 3 travers de doigt en hauteur. »

Nous avons déjà suffisamment expliqué ce phénomène au chapitre de l'anatomie pathologique, pour n'insister maintenant que sur sa valeur clinique considérable.

La lecture attentive des observations, bien qu'on n'y trouve pas noté ce détail, permet, croyons-nous, de réparer en partie cette omission.

La malade de Boeckel éprouve toujours une aggravation au moment de ses règles, qui sont plus abondantes que de coutume ; la malade de M. Terrier avait depuis 2 ans des règles douloureuses, plus abondantes qu'autrefois, et même parfois des vomissements, de véritables accidents péritonitiques, etc. Il

n'est malheureusement pas signifié qu'on ait remarqué quelque augmentation de volume des kystes, et nous en sommes réduit à le supposer d'après l'exagération des accidents. Ceux-ci en tout cas semblent bien reconnaître pour cause, la ponte intra-kystique.

Un signe important et intéressant à signaler, c'est que les femmes atteintes de kystes sanguins de l'ovaire, ont leurs règles et quelquefois même de véritables hémorrhagies. Assez souvent aussi on trouve noté que les règles revenaient tous les 20 jours, tous les 15 jours même, et plus abondantes que d'habitude (Puech-Prost-Courty) : « Un autre phénomène très remarquable, dit encore Bœckel, est cette évacuation abondante du sang menstruel qui s'est faite chaque mois par les voies normales, et qui a continué à travers les accidents les plus graves, quelques jours avant la mort ».

Il semble que dans ces cas, l'irritation partie de l'ovaire retentisse par action réflexe sur l'utérus, et exagère l'hémorrhagie normale au point de la transformer en véritables pertes. Il en résulte fréquemment un affaiblissement graduellement croissant, qui, s'ajoutant à des souffrances, souvent très vives, met rapidement la malade dans la nécessité de cesser tout travail et de garder un repos absolu.

L'évolution de ces kystes est variable.

Le plus souvent, une fois arrivés à un certain volume, ils continuent de s'accroître et peuvent arriver à former des kystes vraiment énormes, atteignant l'ombilic (E. Bœckel), épuisant les malades par des hémorrhagies abondantes intra-kystiques et utérines.

Leur accroissement n'a d'autre limite dans ces cas que la résistance de leur paroi... Sans doute, nous la savons forte, fibreuse, mais les observations démontrent qu'elle peut céder, le plus souvent au moment de la période cataméniale.

Cette rupture amène d'une façon inévitable un épanchement dans le péritoine, épanchement qui peut s'enkyster ou déterminer une péritonite mortelle.

Dans quelques cas, le kyste se rampant du côté du hile de l'ovaire, l'épanchement pourrait se faire dans le tissu cellulaire sous-péritonéal, formant ainsi un véritable hématome du liga-

ment large. Une de nos observations nous montre le début d'un semblable accident (obs. XI). Deux autres (obs. XXXVIII et XXXIX) nous montrent l'épanchement constitué, et formant une tumeur remplissant presque toute l'excavation du bassin; malheureusement dans ce cas, la nature de la lésion ovarienne n'est pas démontrée.

Ces faits sont et doivent d'ailleurs théoriquement être considérés comme très rares, la rupture doit en effet se produire au point le plus mince, le moins soutenu de la paroi, c'est-à-dire au sommet, au point culminant ou sur une des faces. L'origine des kystes fait comprendre qu'ils aient peu de tendance à proéminer du côté du ligament large.

Ces kystes sanguins de l'ovaire peuvent-ils suppurer? Aucune de nos observations ne le fait croire, quoi qu'en dise Puech.

Ces kystes au début de leur existence peuvent-ils rétrocéder, disparaître. Cette régression paraît possible pour le follicule hydropique, mais rien n'est moins prouvé que cette même évolution favorable pour les kystes sanguins. Cependant lorsque le kyste n'est constitué encore que par une vésicule atteinte d'hémorrhagie, on peut concevoir la possibilité de la résorption de l'épanchement. Telle est l'opinion de Léopold.

En somme, l'évolution ordinaire de ces kystes de l'ovaire nous paraît être l'accroissement indéfini, avec un jour ou l'autre la possibilité d'une rupture.

Ces considérations nous paraissent avoir une réelle importance pour le traitement, en faisant penser a priori qu'on a peu à espérer du traitement médical, et qu'en face d'un kyste de ce genre, le traitement chirurgical ou radical est seul rationnel.

CHAPITRE IV

Diagnostic.

Ce que nous venons de dire des symptômes des différentes variétés d'hémorrhagies de l'ovaire, laisse à penser en face de quelles difficultés on doit se trouver pour le diagnostic.

Il est bien entendu tout d'abord qu'il est tout à fait impossible de diagnostiquer les hémorrhagies vésiculaires multiples des fièvres, ou les hémorrhagies des corps jaunes, ou encore les petites hémorrhagies du stroma, puisque, nous l'avons dit, ces lésions ne produisent aucun trouble suffisant pour attirer l'attention.

Mais, les difficultés sont considérables encore pour les autres variétés.

Sans doute, en face d'une femme jeune, qui pendant ses règles aura été prise brusquement, à la suite d'un effort par exemple, de tous les signes d'une hémorrhagie interne, avec souvent une violente douleur dans un des côtés du ventre, on songera immédiatement soit à une hémorrhagie vésiculaire, soit à la rupture d'un kyste sanguin de l'ovaire ou de l'ovaire lui-même. Il nous semble que ce diagnostic devra immédiatement s'imposer en quelque sorte au chirurgien, qui connaîtra la fréquence relative de ces faits.

Il est vrai que Scanzoni, qui semble ici accumuler les difficultés comme à plaisir, ajoute : « Nous ferons observer que nous avons démontré tous ces symptômes dans un cas où les causes de la mort avaient été la rupture d'une veine variqueuse, située entre les feuillets du ligament large ». Il est malheureusement trop clair qu'une telle précision de diagnostic est impossible, surtout que le plus souvent dans ces cas la malade

n'a pas été vue par le médecin ayant l'accident; mais, on peut se demander si une telle rigueur est absolument nécessaire. Sans aucun doute, il vaudrait mieux savoir exactement à l'avance le lieu précis de la rupture vésiculaire, mais dans le cas cité par Scanzoni, il nous semble que le chirurgien qu'une semblable erreur de diagnostic aurait dirigé sur l'ovaire, ne serait pas en trop mauvaise position pour oblitérer la veine béante dans le ligament large. De plus enfin, ces cas de rupture des veines variqueuses du bassin et du plexus utéro-ovarien sont beaucoup plus rares à coup sur que les hémorrhagies de l'ovaire.

L'hémorrhagie vésiculaire intra-ovarique peut-elle à son tour être dépistée au moment de sa production ?

Nous avons montré plus haut que le plus souvent le début en est trop obscur pour qu'on puisse faire un diagnostic précoce. Nous savons aussi que Léopold et d'un avis tout opposé. Aussi ne pouvons-nous nous empêcher de présenter face à face les propres paroles de Léopold et de Scanzoni :

« Le diagnostic différentiel, dit Léopold, se fait surtout par les caractères anatomiques; une tumeur développée subitement dans un ovaire jusqu'alors sain, pendant les règles, donne à penser bien plutôt à une hémorrhagie de l'ovaire qu'à une oophorite aiguë. » Et il ajoute : « Avec une hématocele ou une salpingite hémorrhagique il n'y a de commun ni la forme, ni le siège, ni la mobilité ».

Scanzoni affirme au contraire que « la diagnostic d'une apoplexie de l'ovaire (il faut entendre par ce mot hémorrhagie intra-vésiculaire) lui paraît impossible; car il arrive fréquemment qu'elle n'est accompagnée d'aucun phénomène morbide particulier ou quelquefois frappant, et dans les cas où l'on en observerait, il serait impossible de les distinguer de ceux que causerait une ovarite aiguë ou une péritonite limitée à cette région ».

L'opinion de Scanzoni nous paraît être vraie dans la majorité des cas. Léopold au reste décrit des cas presque exceptionnels, car ces hémorrhagies ne se produisent guère dans des ovaires sains, comme il le dit, et puis, comment savoir que la tumeur ovarique, que la malade ignore à cause de son petit volume, a eu un début brusque, subit, à moins d'avoir constaté antérieu-

rement que l'ovaire était indemne de toute lésion, et d'assister à la production de la tumeur.

Mais, lorsque le kyste a atteint un plus grand volume, celui d'une pomme, d'une orange, d'une tête de fœtus même, le diagnostic sera-t-il plus facile à préciser.

Pour être complet, le diagnostic doit répondre ici à deux questions : 1^o la tumeur dépend-elle de l'ovaire ; 2^o cette tumeur est-elle un kyste sanguin ?

En ce qui concerne la solution du premier problème, il s'en faut qu'elle soit toujours bien aisée, et cela toujours, nous ne saurions trop le répéter, à cause des adhérences, etc. Nous croyons toutefois qu'on peut arriver à ce diagnostic par un examen attentif et répété, car si le diagnostic a été fait si rarement, c'est que l'attention n'étant pas attirée sur cette lésion, on ne le faisait même pas entrer en ligne de compte.

Et, n'en a-t-il pas été de même, il y a peu d'années encore, pour les salpingites ?

La difficulté consiste précisément à distinguer de la salpingite, la tumeur de l'ovaire. Ces deux affections, si fréquemment associées, ont en outre des caractères communs, elles sont souvent bilatérales, et elles forment toutes deux des tumeurs bien près d'être analysées. On dit bien que la forme d'une tumeur tubaire est allongée, et oblique ou plus ou moins transversale, tandis qu'une tumeur de l'ovaire se présente plutôt sous forme d'une tumeur arrondie, quelquefois mobile, etc., etc. Il faut l'avouer franchement, ces caractères, prétendus différentiels, sont tellement vagues, tellement incertains qu'ils ne peuvent mériter grand crédit.

Parcourons d'ailleurs nos observations.

Cullingworth (obs. XIX) diagnostique dans un cas « une dilatation de la trompe » et il trouve un kyste sanguin de l'ovaire ; dans un autre cas (obs. XX) où la lésion est unilatérale, le diagnostic porté est encore salpingite, mais il n'est exact qu'en partie, car il y a aussi un ovaire kystique.

M. Terrier, dont la compétence en pareille matière est reconnue de tous, porte le diagnostic d'hémosalpingite double, et la ponction semble venir absolument confirmer ce diagnostic. Il serait facile de multiplier ces exemples. Cependant dans un cas

(obs. XXII, H. Kelly), nous trouvons noté expressément, ce qui prouve l'importance qu'on y attache, cette affirmation : « Le chirurgien avait exactement déterminé le volume et le siège de la tumeur ».

Nous n'insisterons pas davantage sur ce premier point, qui ne rentre pas d'ailleurs directement dans notre sujet.

La seconde question : « La tumeur de l'ovaire est-elle un kyste sanguin ? » sera encore beaucoup plus difficile à résoudre.

Un caractère, un seul, croyons-nous, s'il était observé d'une façon nette, comme dans le cas de Boeckel, pourrait résoudre la difficulté ; ce n'est pas la recrudescence des douleurs ou des troubles utérins au moment des règles, car la salpingite n'est point non plus innocente de tels méfaits, c'est un signe physique : *l'augmentation de volume plus ou moins brusque de la tumeur au moment des règles.*

Ce signe, nettement observé, éluciderait immédiatement le diagnostic.

Sans doute, une fois déterminé le siège de la tumeur dans l'ovaire, une ponction exploratrice, ramenant ce sang noirâtre, épais, que tous les observateurs signalent, équivaldrait à une certitude. Mais, si les chirurgiens ovariétomistes sont déjà peu partisans de la ponction pour les kystes ordinaires de l'ovaire, à plus forte raison doivent-ils y être opposés dans ces cas. Qu'une ponction aseptique soit inoffensive, nul n'y contredit, mais il est certain aussi que le sang de ces kystes est tout disposé pour la suppuration.

La ponction, en tant que moyen de diagnostic, nous semble donc devoir être repoussée dans la plupart des cas.

Le diagnostic restera donc le plus souvent en suspens, en ce qui concerne la nature exacte du kyste. Nous ne croyons pas, du reste, que ce doute doive gêner ou arrêter le chirurgien ; en présence d'une femme à laquelle des douleurs abdominales, des troubles menstruels divers rendent la vie insupportable ou le travail, souvent nécessaire pour beaucoup, tout à fait impossible, le chirurgien ne doit-il pas intervenir, que la cause du mal soit l'ovaire ou la trompe ou à la fois la trompe et l'ovaire ?

Et, quant à la nature hémorrhagique du kyste, si elle est découverte, elle devient une indication formelle, en raison des dangers spéciaux de cette affection.

CHAPITRE V

Pronostic.

La question de pronostic ne se pose même pas pour certaines variétés d'hémorrhagies de l'ovaire, puisqu'elles sont tellement innocentes que les malades, qui en sont atteintes, les ignorent elles-mêmes.

Tout différent est l'avenir pour les malades atteintes de kystes sanguins de l'ovaire, car l'évolution de ces kystes n'est rien moins que la guérison.

Plus immédiatement grave encore est l'hémorrhagie extra-vésiculaire, qui, si elle ne tue pas immédiatement, laisse à sa suite une source de dangers persistants, l'hématocèle.

Mais nous ne devons pas insister davantage sur tous ces faits, sous peine de nous répéter. Le pronostic n'est d'ailleurs que la déduction logique des détails donnés dans les précédents chapitres.

CHAPITRE VI

Traitement.

Plusieurs des variétés d'hémorrhagies de l'ovaire n'offrent à ce point de vue aucun intérêt, les malades ne se présentant même pas au chirurgien.

Les autres cas, au contraire, intéressent au plus haut degré le chirurgien, et lui imposent, à notre avis, une intervention souvent active et radicale ; c'est d'une part dans les cas de rupture de l'ovaire, quelle qu'en soit la cause, c'est d'autre part dans les cas de kystes sanguins ovariens.

Dans ces deux cas le chirurgien doit agir. Supposons le cas d'une hémorrhagie extra-vésiculaire chez une femme jeune, en pleine période menstruelle, supposons-nous, si l'on veut, en face de la malade dont Scanzoni a rapporté la mort (obs. XII).

Les symptômes de l'hémorrhagie interne sont évidents ; les circonstances, dans lesquelles l'hémorrhagie s'est produite, indiquent l'ovaire, comme source ; que devra faire le chirurgien ?

Devra-t-il, en escomptant le plus ou moins de chances qu'il peut y avoir pour que l'hémorrhagie s'arrête avant d'avoir causé la mort, et ne s'enkyste pour former une hématocele, ce qui revient à dire, le plus ou moins de chances qu'a cette femme de ne point mourir immédiatement, devra-t-il temporiser et déguiser son inaction à l'aide du traitement médical ? Nous ne le pensons pas. Si, à la suite d'un traumatisme abdominal on voyait se dérouler tous les accidents rapidement graves d'une hémorrhagie interne, le chirurgien hésiterait-il à aller à la recherche du vaisseau blessé ? — Il est bien certain qu'aujourd'hui l'inaction ne pourrait se justifier ; et cependant com-

bien sont différentes les conditions opératoires dans les deux cas ; et combien plus grave l'intervention ne sera-t-elle pas dans le cas du traumatisme, où souvent rien n'indique le siège de l'hémorrhagie, que dans le cas d'hémorrhagie de l'ovaire que nous avons supposé ?

La seule objection qu'on puisse faire, c'est la fréquence relative de l'hématocèle, c'est-à-dire de la survie à la suite de ces hémorrhagies ; mais l'hématocèle n'est pas, tant s'en faut, une affection bénigne ; nos observations suffiraient déjà à le prouver ; et puis n'exige-t-elle pas souvent elle aussi des interventions chirurgicales aussi graves que la laparotomie ; ne cause-t-elle pas souvent la péritonite ; même dans les cas les plus favorables, n'entraîne-t-elle pas souvent des lésions considérables des organes du petit bassin (rectum, vessie) ? Enfin, presque toutes nos observations montrent des malades ayant survécu à une première poussée, et succombant à une deuxième ou à une troisième.

Il nous semble donc que dans ces cas le chirurgien doit obéir à la gravité immédiate des indications, et pratiquer sans retard l'opération. Celle-ci consistera dans l'ablation de l'ovaire malade et dans une toilette soignée du péritoine.

Et quand bien même ce ne serait pas l'ovaire, comme le suppose Scanzoni, mais une veine du plexus utéro-ovarien qui serait la source de l'hémorrhagie, l'intervention serait-elle moins utile et moins légitime ?

Dans les observations que nous avons rassemblées, la mort a été rapide, parfois très rapide ; il ne faut donc pas temporiser. A quoi bon d'ailleurs attendre que le péritoine ait réagi avec violence, et que la malade soit presque à l'agonie pour agir ? Il en est ici à peu près de même qu'à propos de l'intervention chirurgicale dans les plaies pénétrantes de l'abdomen ; nous croyons volontiers que ceux qui n'attendent pas la péritonite, sont dans le vrai.

Quelle sera maintenant la conduite du chirurgien en face de ces kystes sanguins qui n'ont, nous le savons, qu'une tendance à s'accroître sans cesse jusqu'à l'époque de la ménopause ?

Nous ne pensons pas que tous les cas méritent un traitement identique. Il est certain que, si l'on constatait la présence d'un de ces kystes chez une femme arrivée à la veille de la méno-

pause, on serait en droit d'attendre ; et peut-être le kyste, n'étant plus le siège de poussées mensuelles, pourrait-il être toléré, ou même rétrocéder peu à peu ; mais rien ne nous autorise vraiment à l'affirmer.

Ces faits, du reste, se présenteront rarement au chirurgien, surtout à l'hôpital, où les malades arrivent toujours longtemps après le début de leurs souffrances, en pleine évolution de leur affection. Le plus souvent, le chirurgien se trouvera en face de kystes d'un ou des deux ovaires, kystes assez volumineux, et ayant déterminé des accidents assez sérieux déjà, pour éloigner les malades de leur travail, et les amener à l'hôpital. Il constatera l'existence des lésions de l'ovaire, le plus souvent associées à des lésions de la trompe.

Sachant que ces kystes, arrivés à un certain volume, chez une femme en pleine période d'activité génitale, n'ont aucune tendance à rétrocéder ; ayant à craindre, à chaque époque menstruelle, de voir le kyste éclater, et des accidents suraigus devancer toute intervention, il devra, suivant nous, proposer l'ablation d'un ou des deux ovaires.

Sans doute, il soumettra sa malade à un repos absolu, et fera une antisepsie rigoureuse des voies génitales, non pas avec l'espoir que le repos, même absolu, et le traitement médical modifieront en quoi que ce soit la lésion, mais bien plutôt pour se mettre dans de bonnes conditions opératoires.

L'ovariotomie sera simple ou double suivant les cas ; l'ovaire sera enlevé seul ou avec la trompe, suivant les lésions constatées.

Dans les 12 cas d'intervention chirurgicale que nous rapportons, 8 fois la trompe a dû être enlevée avec l'ovaire, et 3 fois les organes ont été enlevés des deux côtés.

L'opération n'a pas toujours été simple, en raison des adhérences de l'ovaire à la trompe, aux intestins, à l'épiploon, au plancher pelvien. Dans le cas de Hunter, il est dit que le kyste fut difficile à libérer ; 4 fois le kyste a été rompu pendant l'opération (Sänger, Cullingworth, Terrier, Doléris), mais dans les 12 cas, la guérison opératoire a été rapide. Quant au résultat définitif, il est indiqué comme excellent et complet dans 3 cas

(Terrier, Cullingworth); dans les autres observations, les détails manquent à cet égard.

A ces 12 cas, il faut ajouter le cas de E. Boeckel; celui-ci s'est terminé par la mort, c'est vrai; mais l'observation date de 1861, et ce résultat fâcheux à la suite d'un traitement pénible (injections iodées), permet de mesurer le chemin parcouru par la chirurgie abdominale depuis cette époque. Ces quelques déductions thérapeutiques, que dès cette époque cette observation suggérait à Boeckel, nous serviront de conclusion pour ce chapitre : « Mais, je le répète, toutes ces méthodes de traitement (injections iodées, canule à demeure) sont insuffisantes dans les kystes ménorrhagiques, vu la nature et la marche de l'affection. *Il n'y a que l'extirpation* qui, en supprimant l'ovaire, puisse empêcher ces hémorrhagies périodiques dans l'intérieur du kyste; et j'avoue qu'en face du pronostic si grave de la maladie, je penche vers cette opération. »

CONCLUSION

Les hémorrhagies de l'ovaire sont moins rares qu'on ne le croit; elles ne méritent pas l'oubli dans lequel elles sont tombées, car leur intérêt chirurgical est réel.

Ces hémorrhagies doivent être distinguées en hémorrhagies des vésicules de de Graaf, et en hémorrhagies interstitielles.

Les hémorrhagies vésiculaires comprennent elles-mêmes plusieurs variétés. La première mérite bien le nom d'*hémorrhagies vésiculaires multiples des maladies infectieuses et des intoxications*. Elles ont été bien étudiées par Ch. Robin.

Les deux variétés suivantes résultent nettement d'anomalies de la ponte, laquelle, normalement, ne s'accompagne que d'une hémorrhagie à peine appréciable. L'une consiste essentiellement dans la production d'une hémorrhagie considérable avant et après la rupture du follicule, c'est l'*hémorrhagie extra-vésiculaire*. Elle cause l'hémorrhagie interne, suivie elle-même de péritonite mortelle ou d'une hématocele, suivant son abondance et la tolérance du péritoine.

La troisième variété est l'*hémorrhagie intra-vésiculaire*. Elle consiste en un épanchement sanguin dans le follicule, qui, retenu à l'intérieur de l'ovaire, ne peut se rompre, et forme ainsi un kyste sanguin de l'ovaire.

L'hématocele et le kyste sanguin s'accroissent de la même façon; ils s'accroissent par *ponte intra-kystique*, c'est-à-dire par rupture des follicules des menstruations suivantes, soit dans le sac rétro-utérin, soit dans le kyste intra-ovarique. En raison de cette particularité, ces kystes ont reçu de Boeckel le nom de *kystes ménorrhagiques*.

Dans l'un comme dans l'autre cas, l'ovaire se détruit peu à peu par un véritable *morcellement* (Laugier).

Les deux dernières variétés d'hémorrhagies vésiculaires sont : 1° les hémorrhagies qui se produisent dans les follicules hydropiques; et 2° les hémorrhagies qui se produisent dans les

corps jaunes, sans doute à la suite d'un léger suintement sanguin après la ponte.

Les hémorrhagies interstitielles se partagent en deux espèces : l'une est constituée par de petites apoplexies du stroma qui sont sans aucune importance. L'autre, sorte d'hémorrhagie diffuse, peut réduire l'ovaire à l'état d'une coque renfermant une pulpe vasculaire, analogue au tissu de la rate. Cette lésion nous paraît relever des ovarites septiques, analogue à l'ovarite puerpérale. La coque ovarique peut se rompre, d'où hémorrhagie interne, suivie de péritonite et de mort.

Les altérations des trompes mettant obstacle à leur fonctionnement, les congestions répétées de l'ovaire, la sclérose de l'organe, les néo-membranes, de la périovarite, jouent un rôle certain dans la production des hémorrhagies extra et intra-vésiculaires. Le varicocèle utéro-ovarien est certainement aussi une cause prédisposante et aggravante de premier ordre.

Les symptômes diffèrent considérablement suivant la variété d'hémorrhagie. Quelques-unes de ces hémorrhagies restent absolument latentes (hémorrhagies vésiculaires multiples, hémorrhagies des corps jaunes, etc.)

L'hémorrhagie extra-vésiculaire au contraire éclate tout d'un coup, sans prodromes, et tue quelquefois rapidement (hémorrhagie cataclysmique de Barnes) ou cause l'hématocèle pelvienne.

Les kystes sanguins se comportent comme des tumeurs de l'ovaire, mais, s'accroissant indéfiniment, et toujours en imminence de rupture, ils sont une menace constante pour la malade.

Le diagnostic est toujours fort difficile, si l'on excepte l'hémorrhagie extra-vésiculaire, impossible même dans quelques cas. Un seul signe, indiqué par Boeckel, permet d'affirmer la nature hémorrhagique des kystes ; c'est leur *augmentation brusque de volume à l'époque des règles*.

Le traitement doit être pour l'hémorrhagie extra-vésiculaire, la laparotomie immédiate, suivie de l'ablation de l'ovaire et d'une toilette soignée du péritoine. Les kystes hémorrhagiques enfin ne sont justifiables que de l'ovariotomie, et celle-ci sera simple ou double, accompagnée ou non d'ablation des trompes, suivant les cas.

OBSERVATIONS

OBSERVATIONS I, II, III, IV (1).

« Les cas d'hémorrhagie vésiculaire morbide dont j'ai à parler, ont été observés en faisant l'autopsie, 1^o de deux femmes mortes de pneumonie aiguë ; 2^o d'une femme, morte de cirrhose du foie ; 3^o d'une femme, morte d'une affection indéterminée (2).

Les deux premières, âgées l'une de 28 ans, l'autre de 23 étaient réglées, mais « la menstruation avait été notée comme irrégulière et peu abondante depuis plusieurs années ». La malade ayant succombé à la cirrhose « n'était plus réglée depuis 2 ans, et se plaignait de temps à autre de douleurs sourdes sur les côtés de l'hypogastre, sur lesquelles l'attention s'était peu fixée, parce que lorsque la malade se plaignait on les rapportait à l'affection du foie ».

« Chez tous les sujets, la surface de l'ovaire porte une ou plusieurs traces de cicatrices anciennes. Chez le dernier seul, je n'ai pas trouvé de restes d'anciens corps jaunes..... Chez tous, l'attention fut attirée sur les ovaires par leur grand volume, leur aspect distendu ; chez la première malade un seul ovaire offrait des vésicules atteintes d'hémorrhagies ; devenu gros comme une noix à peu près, il dépassait du double le volume de l'autre. »

« Sur deux des malades, la dernière particulièrement, il y avait une ou deux vésicules faisant saillie sur les côtés de l'ovaire sous forme d'une bosse lue noirâtre, dont la couleur se voyait par demi-transparence au travers de l'enveloppe de l'organe. »

« Dans la dernière pièce que j'ai observée, l'un des ovaires contenait huit vésicules atteintes d'hémorrhagie et l'autre cinq. La plus grosse avait le volume d'une grosse noisette, le caillot était d'un rouge noirâtre, couleur de gelée de groseille, foncé vers le centre, un peu décoloré à sa surface. Deux vésicules du volume d'un gros pois étaient remplies chacune par un caillot offrant l'aspect de celui de la saignée, mais un peu plus ferme.

(1) Ces observations sont tirées du mémoire de Ch. ROBIN.

(2) Les parties de nos observations placées entre guillemets sont la reproduction intégrale du texte original.

Les autres offraient tous les degrés de décoloration jusqu'à l'état de fibrine à peu près incolore, ou mieux jaunâtre, un peu transparente. Cet état était offert par des vésicules ayant à peu près le double du volume normal et dans lesquelles le caillot semblait s'être décoloré sans atrophie de la vésicule..... Sur ces divers sujets, il était possible de suivre toutes les modifications que parcourt la fibrine pendant et après sa décoloration. »

« J'arrive enfin à la membrane interne de la vésicule.... ; généralement, elle est rougeâtre, à surface interne lisse, presque brillante parfois dans toute son étendue, mais le plus souvent, par places seulement, elle est marbrée de petites taches jaunes. Le fait essentiel à noter, est que son épaisseur normale est conservée à peu de chose près. Dans les points où elle est jaunâtre, elle atteint quelquefois un $\frac{1}{4}$ ou un $\frac{1}{2}$ millimètre d'épaisseur au plus, mais cette épaisseur ne se voit pas dans toute son étendue. Il importe aussi d'observer que les vésicules atteintes d'hémorrhagie se rencontrent aussi bien au centre ou vers le point d'adhérence de l'ovaire au ligament large, que vers son bord libre, ou le reste de sa surface.

« Quelquefois entre le caillot et la membrane vasculaire de la vésicule, on trouve des cellules épithéliales, reste de la membrane granuleuse non vasculaire..... mais le plus souvent, cet épithélium a disparu, soit qu'il se soit résorbé, soit que les cellules aient été mélangées au caillot. »

OBSERVATION V (th. DEVALZ, RÉSUMÉE). — *Hémorrhagies vésiculaires multiples chez une fille de 8 ans, morte de pneumonie* (1).

Il s'agit d'une fille âgée de 8 ans, ayant succombé à une pneumonie, dans le service de Blache. Le système veineux tout entier fortement congestionné était gorgé de sang ; « la surface des 2 ovaires était parsemée de taches ecchymotiques ; sur l'ovaire gauche, une de ces ecchymoses avait la forme et l'étendue d'une pièce de 0,20 centim. Curieux de savoir la cause de cet épanchement, je fis une incision sur les parties les plus saillantes de ce que j'avais pris pour un foyer ; une vésicule de de Graaf en pleine maturité se détacha ; je cherchai d'autres vésicules, et je vis non sans étonnement que toutes les taches que j'avais d'abord remarquées, s'étaient formées à la périphérie d'autant des vésicules de de Graaf.

La membrane de de Baer de la plus superficielle de ces vésicules était si tomenteuse et si épaisse que sa cavité ressemblait à celle qu'on ferait dans une cerise en retirant son noyau ».

L'auteur conclut de cette observation que c'est l'asphyxie

(1) DEVALZ. *Du varicosèle ovarien, et de son influence sur le développement de l'hématocèle rétro-utérine*, th. Paris, 1858.

causée par la pneumonie qui « a hâté la maturité d'un ovule plusieurs années avant la puberté ». Pour nous, nous croyons devoir ranger ce fait à côté des observations de Ch. Robin.

OBSERVATION VII. — H. G. DE MUSSY DEPAUL (*Soc. anatomique*, 1847, p. 15).

Thibault rapporte l'observation suivante de M. Gueneau de Mussy :

Une femme jeune, *pendant ses règles*, prend la diligence qui verse en route... Les règles s'arrêtent et la femme meurt dans la nuit. « A l'autopsie, on trouve dans le petit bassin un énorme caillot sans trace de contusion dans le ventre. »

DEPAUL répond « qu'il a pu se faire là une rupture vasculaire, comme il en a rencontré un cas *sur une veine ovarique* qui, en se rompant, avait donné lieu à une hémorrhagie considérable du petit bassin ».

OBSERVATION VIII. — LÉOPOLD (*loco citato*).

Une femme de 18 ans est prise brusquement, pendant ses règles, à la suite d'une grande fatigue, d'une grande douleur dans le ventre et la région sacrée, et aussitôt on constata l'apparition dans le voisinage de l'ovaire gauche d'une tumeur, atteignant environ le volume du poing d'un enfant.

A la suite de repos complet au lit, la tumeur rétrograda lentement, et 8 semaines après on ne constatait plus qu'un ovaire un peu augmenté de volume.

OBSERVATION IX. — LÉOPOLD (*loco citato*).

Une femme de 28 ans, ayant eu cinq enfants, ressentit tout à coup à la suite d'un effort violent une vive douleur dans le bas-ventre et on constata alors dans le bas-ventre une tumeur du volume du poing occupant la région de l'ovaire gauche. Cette tumeur est presque ronde, un peu irrégulière cependant, peu douloureuse, quelque peu mobile. Elle repousse un peu l'utérus sur la droite. L'écoulement utérin ne s'était pas arrêté et persista avec plus ou moins d'abondance pendant 8 semaines. Au bout de 3 mois de repos absolu la tumeur diminua. A ce moment ce n'était plus qu'une grosseur du volume d'une petite pomme mobile, dure, qui resta par la suite sans modification.

Léopold, malgré l'absence d'examen microscopique dans ces 2 cas, et malgré l'opinion de Horder, Moldenhauer, Langer-

hans, qui regardent ces faits, comme relevant de l'ovarite aiguë, persiste à croire ici à l'existence d'hémorrhagies de l'ovaire, et cela en s'appuyant surtout sur l'apparition brusque de la tumeur ovarienne en pleine période mensuelle.

OBSERVATION X. — LÉOPOLD (Hémorrhag. et tumeurs sanguines de l'ovaire).

Une femme de 28 ans, d'une santé parfaite jusque-là, ressent tout-à-coup, *pendant ses règles* à la suite d'un effort, une violente douleur dans le bas-ventre, en même temps qu'apparaissait à droite de l'utérus, une tumeur arrondie, douloureuse, dont le volume atteignit dès les premiers jours le volume d'un œuf de poule. Après quelque repos la tumeur diminua et devint mobile; les douleurs cessèrent, mais pour reparaître bientôt après pour ne plus cesser pendant deux ans. A ce moment la tumeur augmenta de volume, devint fluctuante et vint s'ouvrir dans le rectum. A la suite de suppuration prolongée le malade finit par succomber à la tuberculose....

A l'autopsie, on trouve l'ovaire gauche du volume d'un œuf de poule et adhérent à gauche au rectum. Une perforation s'était produite en ce point.

OBSERVATION XI. — *Péritonite mortelle, suite d'apoplexie de l'ovaire pendant la période menstruelle.* FORDYCE (*New-York Méd. J.*, 16 février 1889) (1).

Une fille de 15 ans, d'une bonne santé antérieure, et réglée régulièrement depuis un an, s'expose au froid *pendant ses règles*. Bientôt après, elle se plaint de douleurs localisées dans la région de l'ovaire droit, puis surviennent de la fièvre, des vomissements verts, des douleurs excessives sans grand ballonnement du ventre, le pouls devient rapide et faible, et la malade succombe.

« En ouvrant l'abdomen, un abondant dépôt de matières fibrino-purulentes est découvert, tapissant tous les viscères, fusionnant les anses, remontant jusque sous le diaphragme, mais plus épais cependant dans le bassin. »

Pas de tubercule. Rien d'anormal du côté de l'appendice vermiciforme. Pas d'ulcérations intestinales. Foie congestionné. Rate normale. Reins légèrement augmentés de volume. A la jonction de l'ovaire droit et de la trompe, on aperçoit une extravasation de sang d'environ le volume d'une cerise. Le sang semble s'être infiltré sur une petite étendue entre les feuillets du ligament large. Pas de pus. En ouvrant l'ovaire par une incision lon-

(1) *Arch. für Gynæcologie*, B. XIII, 1878, p. 300.

itudinale, la surface se montre d'un rouge intense et remplie de vaisseaux tortueux ; un foyer hémorrhagique (corpus hemorrhagium) du volume d'une noisette fut trouvé dans l'ovaire ; il y avait communication entre ce foyer et le sang extravasé au-dehors. Un peu de catarrhe de la trompe. L'ovaire et la trompe gauches étaient normaux ; l'utérus était sain ; sa muqueuse est couverte de sang muqueux comme après une récente menstruation. Vagin et hymen intacts. »

Fordyce cite deux cas tout à fait identiques : une femme de 20 ans est prise subitement d'accidents formidables pendant ses règles. Elle meurt en 48 heures.

L'examen vaginal et abdominal ne permit de rien découvrir d'anormal du côté des organes pelviens. Malheureusement il n'y a pas d'autopsie, et il peut dès lors rester un doute sur la nature des accidents.

OBSERVATION XII. — *Rupture de l'ovaire pendant les règles. Hémorrhagie interne. Mort.* SCANZONI (1).

A propos des hémorrhagies dans les vésicules de de Graaf, Scanzoni rapporte le cas suivant.

Il s'agit d'une jeune fille de 18 ans, qu'il vit « mourir subitement, pendant ses règles, avec tous les signes d'une hémorrhagie interne. L'autopsie démontra la présence dans l'ovaire droit, légèrement amplifié, d'une poche de la grosseur d'un œuf de poule, remplie de sang coagulé, dans la paroi postérieure de laquelle se trouvait une ouverture d'environ 2 1/2 cent. de long, au travers de laquelle environ 3 kilos de sang avaient pénétré dans la cavité abdominale ».

OBSERVATION XIII. — *Rupture de l'ovaire chez une vache pendant la période du rut.* LAUGIER (Mémoire sur l'origine de l'hématocèle rétro-utérine) (2).

« Pendant le rut l'ovaire des animaux paraît être le siège de désordres semblables. Sur une vache, morte d'hémorrhagie interne, on trouva l'ovaire gauche du volume de la tête d'un homme, crevasé sur une longueur de 16 cent., transformé en une bouillie rougeâtre, semblable à la boue splénique, 12 litres de sang dans le péritoine, et dans l'intérieur de la trompe une petite vésicule de la grosseur d'une lentille, et qui parut un ovule. »

(1) SCANZONI. *Traité pratique des maladies des org. sexuels des femmes.* Trad. DOR et SOGIN. Paris, p. 343.

(2) *Comptes rendus Acad. Sciences*, 1855, p. 457.

OBSERVATION XIV. — *Petit kyste sanguin chez une femme morte de tuberculose pulmonaire et intestinale.* — A. DUPLAY. *Revue de la clinique médicale* de ROSTAN (1).

Ce foyer sanguin fut trouvé dans l'ovaire d'une femme de 43 ans, morte de tuberculose et n'ayant jamais eu d'enfant.

A l'autopsie, on trouve « un utérus ayant la forme de l'utérus d'un fœtus à terme (corps très petit, col excessivement long). Le corps de l'utérus ne présente pas trace de cavité.

« L'ovaire gauche d'un volume ordinaire présente plusieurs cicatrices à sa surface; au milieu de son tissu existe une cavité arrondie de 6 lignes de diamètre, et remplie par un caillot sanguin qui nage au milieu d'une petite quantité de sang fluide. Cette cavité est tapissée d'une membrane lisse, comme séreuse. Dans plusieurs autres points du même ovaire, il existe des points noirs arrondis, dans lesquels le tissu est légèrement induré; plusieurs correspondent aux cicatrices qu'on observe sur l'ovaire ». L'ovaire droit présente aussi un grand nombre de points noirs et des cicatrices profondes qui sillonnent sa cicatrice. « Les trompes sont peu volumineuses, oblitérées dans toute leur étendue... »

Il nous semble qu'ici nous franchissons seulement la frontière qui sépare l'état normal de l'état pathologique; nous voyons une vésicule dont la déchirure est impossible (développement central, sclérose de l'ovaire, oblitération des trompes) être le siège d'une hémorrhagie qui distend sa cavité. Nous assistons à la naissance d'un kyste sanguin.

OBSERVATION XV. — *Kystes sanguins de l'ovaire.* RICHARD. *Soc. anatomique*, 1848, p. 273.

Il s'agit d'une femme de 39 ans, morte d'intoxication par le tartre stibié : « L'ovaire gauche présente deux kystes sanguins dont l'un a le volume d'une petite noix muscade, et dont l'autre est un peu plus petit. »

Richard ne doute pas que ce soient là des vésicules de de Graaf gorgées de sang, mais il se demande s'il ne faut pas le rapporter à une prochaine apparition des règles.

Depaul fait remarquer alors que les ovaires sont « petits, durs, ratatinés, qu'ils ont une enveloppe plus épaisse qu'à l'état normal. Il admet que ce sont

(1) ROSTAN-DUPLAY. *Arch. Gén. Méd.*, 1834, p. 418.

bien des vésicules de de Graaf frappées d'hémorrhagies, mais il croit que ces *hémorrhagies sont étrangères à la menstruation* ».

Voici les résultats d'un examen plus précis fait par Deville : « L'ovaire est crevasé par de profondes cicatrices. A sa surface faisaient saillie deux tumeurs de couleur noirâtre, lisses, à peu près sphériques, tenant par une base équivalente à un peu moins de la moitié de leur surface, au tissu de l'ovaire et libres dans le reste de leur étendue ; par la dissection, qui était facile, on démontrait dans ces tumeurs :

1° Une enveloppe extérieure, continue avec l'enveloppe externe et le tissu de l'ovaire, partout bien évidente, mais devenant beaucoup plus mince vers le point culminant des tumeurs.

2° Un kyste à parois minces, mais résistantes, sans structure bien évidente, ressemblant sous tous les rapports à la membrane d'enveloppe des vésicules de de Graaf.

3° Toute la cavité de ces kystes, remplie par un caillot de sang noirâtre, fibrineux, ayant le caractère d'un caillot existant depuis 15 à 20 jours. En divisant ce caillot, fragment par fragment, on ne peut y retrouver rien autre chose que de la fibrine fortement imprégnée de matière colorante noire.

Si l'on coupe le reste de l'ovaire par tranches, on le trouve parsemé d'un grand nombre de cavités affaissées sur elles-mêmes, tout à fait identiques comme capacité et variation de volume aux cavités que forment à la surface de la coupe d'un ovaire ordinaire, les vésicules de de Graaf ; il existe seulement cette différence entre les deux ; on ne peut que difficilement isoler sur la paroi de ces cavités de membrane enveloppante, comme on le ferait sur un ovaire sain. On dirait que cette membrane, devenue plus épaisse, plus résistante, presque cartilagineuse adhère intimement au tissu de l'ovaire ; on peut en y mettant un peu de soin, arriver à l'isoler du reste du tissu de cet organe, dont elle se distingue d'ailleurs par sa dureté et sa résistance. La surface interne de ces cavités offre ce caractère tout particulier d'être irrégulièrement villeuse, et d'une coloration d'un bleu ardoisé foncé, analogue à celle que l'on observe dans certaines poches enflammées chroniquement. Cette couleur ardoisée se prolonge, en s'affaiblissant dans l'épaisseur des parois des petites cavités dans lesquelles il n'y a pas de liquide. »

Ce cas est encore un cas limité, dans l'étiologie duquel l'intoxication stibée n'a peut-être pas été étrangère. Ce qui pour nous fait surtout l'intérêt de cette observation, c'est la description minutieuse des lésions du tissu ovarique et des vésicules de de Graaf.

OBSERVATION XVI. — *Hématocèle de l'ovaire gauche.* SIMON. *Bull. Soc. Anat.*, 1859, p. 300.

Tel est le nom sous lequel le présentateur désigne un kyste sanguin exactement limité à l'ovaire gauche, lequel est fixé à l'ovaire droit, à l'utérus et au rectum.

La vessie, l'utérus, les trompes sont sains.

« La tumeur était bilobée ». C'est là toute la description.

OBSERVATION XVII. — *Kystes hématiques des deux ovaires.* PAQUET. *Soc. anatomique*, 1864, p. 306.

Fille de 14 ans, née de parents tuberculeux, tuberculeuse elle-même. Elle meurt le jour même de son entrée à l'hôpital après avoir présenté pendant 24 heures des vomissements incessants et des douleurs très vives dans le bas-ventre.

A l'autopsie on trouve des membranes de péritonite sur l'utérus et les ligaments larges. « L'ovaire droit incisé nous offre une cavité du volume d'une noix, remplie par un caillot sanguin, dont la ferme consistance, et la teinte jaunâtre font soupçonner l'ancienneté.

L'ovaire gauche, beaucoup plus volumineux, du volume d'un œuf de poule, offre une cavité semblable, remplie aussi par un caillot d'ancienne date ; mais sur la partie latérale de cette poche s'en trouve une deuxième beaucoup plus volumineuse et remplie d'un caillot de date récente ; c'est probablement le développement de ce deuxième kyste qui a causé les symptômes indiqués et la mort. »

« L'utérus a des dimensions exagérées, 80 millim. de hauteur, paroi comprise et 55 de largeur. »

L'auteur pense que des excès vénériens précoces ont pris une large part dans l'étiologie des kystes ovariens.

OBSERVATION XVIII. — *Adhérences et oblitérations des trompes. — Hémorrhagie consécutive dans l'ovaire gauche réduit à une coque fibreuse.* LÉGER. *Soc. anatomique*, 1876, p. 620.

Femme de 32 ans. Cachexie saturnine. L'année précédente la malade avait été soignée pour une affection abdominale qu'on avait cru être une hémato-cèle. Depuis des douleurs avaient persisté dans le bas-ventre ; les règles avaient été irrégulières et douloureuses. A son entrée à l'hôpital, arrêt des règles depuis deux mois. Cette femme succombe aux progrès de la cachexie.

A l'autopsie, on trouve l'utérus fixé au rectum par des adhérences solides, formant une véritable loge rétro-utérine, mais le cul-de-sac postérieur est sain. A droite on trouve l'ovaire à la partie supérieure duquel la trompe est fixée par quelques adhérences. « A gauche, au-dessous de la trompe, après l'avoir dégagée le long de son bord postérieur, on ne trouve plus trace d'ovaire. Mais à sa place existe une petite poche à parois minces et fibreuses, remplie par un caillot brun de la grosseur d'une aveline et de consistance mollassse. Un caillot feuilleté, noir, dépendant des parties superficielles du premier, forme à tout l'intérieur de la poche un revêtement d'environ un millimètre ». Les deux trompes viennent se perdre à leur extrémité externe dans les adhérences péritonéales masquant l'ovaire à droite, et à gauche la poche qui en tient lieu ; elles sont obturées toutes deux.

« Le caillot brunâtre, enkysté dans une loge fibreuse tenant place d'ovaire à gauche venait probablement de l'écoulement sanguin qui accompagne la rupture de la vésicule de de Graaf, et s'était produit plus abondamment qu'à l'ordinaire. Le sang s'était donc enkysté sans rompre l'écorce de l'ovaire, et n'avait pas produit d'hématocèle. »

OBSERVATION XIX. — *Kyste sanguin de l'ovaire droit. — Laparotomie. — Guérison.* CH. CULLINGWORTH (1).

Femme, 26 ans ; depuis 7 ans, date de la dernière grossesse, douleurs abdominales persistantes. Mauvais état général.

« L'examen bimanuel du bas-ventre fait constater du côté droit un gonflement oblique, rénitent, douloureux à la pression ; on diagnostique une dilatation chronique de la trompe de Fallope. »

Le traitement médical n'ayant donné aucun résultat, C... fait la laparotomie : « on trouve un ovaire droit kystique, plein de sang, et une trompe distendue par un liquide chocolat, intimement adhérente à une anse intestinale. L'ablation de l'organe malade mit fin rapidement aux douleurs de la patiente qui guérit en trois semaines ».

OBSERVATION XX. — *Kyste sanguin de l'ovaire droit. — Salpingite hémorrhagique. — Laparotomie. — Guérison.* CH. CULLINGWORTH, loc. cit.

Femme 26 ans. Depuis sept ans, époque de la naissance de son unique enfant, elle se plaint d'une douleur dans le bas-ventre, surtout du côté droit.

(1) CULLINGWORTH. *Laparotomie et extirpation des petites tumeurs de l'ovaire et des ligaments larges.* *British med. Journ.*, 1886, p. 193.

Au début, cette douleur ne revenait qu'immédiatement avant les époques, mais elle était assez violente pour s'opposer à tout travail. Depuis deux mois, la douleur est devenue continue, et depuis ce moment la malade a d'abondantes métrorrhagies.

A la palpation bimanuelle, on trouve du côté droit dans le bassin une tumeur dure, oblongue, douloureuse au toucher, repoussant l'utérus à gauche. Le diagnostic est hésitant ; cependant Cullingworth pense à une salpingite. Les douches chaudes et le repos absolu n'ayant amené au bout de 15 jours aucune amélioration, on se décide à pratiquer l'incision exploratrice. L'ovaire droit a le volume d'un œuf de poule et est kystique. Le contenu du kyste, qui s'échappe pendant les tentatives d'ablation est du sang noir, fluide, altéré par une longue rétention. La trompe distendue, est fortement adhérente à l'ovaire ; elle renferme du sang, en partie fluide, en partie coagulé. Les parois sont très épaissies et unies à l'intestin par des adhérences. L'ovaire et la trompe sont enlevés ensemble ; l'ovaire gauche kystique est enlevé aussi. Guérison très rapide : cessation complète des douleurs.

OBSERVATION XXI. — *Apoplexie de l'ovaire.* — *Péritonite généralisée. Mort. Autopsie.* BRANGFORD LEWIS (1).

L., 21 ans, est admise le 8 novembre à St-Louis city Hospital ; on ne peut obtenir d'elle d'autre renseignement que celui-ci : elle serait malade depuis environ 8 jours, et chaque soir aurait eu un frisson suivi de fièvre. Elle présente tous les signes d'une péritonite diffuse, et elle succombe le 11 novembre.

A l'autopsie on trouve : « une péritonite purulente généralisée. L'ovaire droit a le volume d'un œuf de poule environ. Sa surface est recouverte de fausses membranes récentes. Son tissu est dur. Au centre on trouve un gros caillot sanguin, de date récente. La trompe est obturée. L'utérus est normal, à part une légère ulcération du col. La muqueuse rectale présente quelques petites ulcérations arrondies, avec bords abrupts et centre déprimé. »

De cette observation il nous est impossible de tirer un enseignement. Nous avons traduit intégralement la relation de l'autopsie ; or nous sommes assez mal renseigné déjà sur la lésion de l'ovaire, et nous ne voyons ensuite aucune connexion entre cette lésion et la péritonite, comme le titre de l'observation le donne à penser. Quant à cette péritonite purulente, d'où dérive-t-elle ? Nest-on pas vraiment en droit de supposer une perfora-

(1) *St-Louis med. and surg.*, mars, 1888, p. 158.

tion intestinale, étant données ces ulcérations rectales, dont la description ne permet pas d'ailleurs de deviner la nature ?

OBSERVATION XXII. — *Hématome de l'ovaire avec trompe de Fallope adhérente.* HOWARD KELLY. *New-York med. Jour.*, 1886, p. 222.

H. Kelly présente à la Société médicale de Philadelphie l'ovaire droit d'une femme de 21 ans. Cet ovaire a le volume et la forme d'une noix d'Espagne. Avant l'opération, le chirurgien avait exactement déterminé le volume et le siège de la tumeur.

Presque tout l'ovaire est rempli par un caillot, en partie mou, en partie ferme, fibreux en apparence.

Ce caillot est entouré par une coque de tissu ovarien normal en apparence, dans lequel on distingue un grand nombre de follicules et de corps jaunes. Des adhérences intimes relient l'extrémité de la trompe à l'ovaire, si bien qu'il est difficile de l'en séparer.

L'autre ovaire, normal en volume, contenait beaucoup de caillots noirs du volume d'un pois.

OBSERVATION XXIII. — *Petit kyste ovarique avec hémorrhagie de la cavité simulant une hémato-salpingite.* — *Ovariectomie.* — *Guérison.* HUNTER. *J. of obstetrics*, 1887, p. 617.

Une femme de 25 ans, ayant eu plusieurs blennorrhagies éprouvait depuis 6 mois de violentes douleurs abdominales dans l'intervalle de ses règles. À l'examen du ventre, on sentait une petite tumeur fluctuante derrière l'utérus, qui rapidement dans la suite grossit et devint douloureuse. L'histoire de la malade avait fait penser à une pyosalpingite, cependant, on trouve pendant l'opération une tumeur d'origine ovarienne.

Le kyste extrêmement adhérent fut fort difficile à énucléer. L'hémorrhagie toutefois fut peu abondante, et l'opérée guérit en quelques jours.

Le kyste ouvert, on constate qu'il contient un liquide coloré, couleur chocolat, qu'il est monoloculaire et qu'il est bien intra-ovarique, comme le prouve l'examen histologique.

Les détails de cette observation sont vraiment insuffisants pour qu'on puisse rien préjuger de l'opinion de l'auteur touchant la nature de ce petit kyste; il nous semble assez probable qu'il s'agit là d'une hémorrhagie dans un follicule central;

toutefois, faute d'une description complète, il est impossible de l'affirmer avec certitude.

OBSERVATION XXIV. — *Kyste sanguin de l'ovaire gauche du volume d'une tête d'enfant.* — *Laparotomie.* — *Guérison.* SAENGER (Communication à la Soc. gynécologique de LEIPZIG) (1).

« Le kyste contient du sang épaissi, poisseux comme du goudron, tout à fait analogue à celui qu'on trouve dans l'hématomètre. Sa paroi était formée d'une enveloppe mince, fibreuse, et celle-ci était entourée de l'albuginée épaissie. Le kyste avait pris naissance, pendant la période menstruelle, il avait son siège dans un follicule de de Graaf central, résistant à la rupture ; il ne résultait nullement d'un foyer apoplectique dans le stroma de l'ovaire.

Pendant l'opération, le kyste fut rompu, et il fallut 15 litres d'eau pour faire la toilette complète de la cavité péritonéale. »

OBSERVATION XXV. — *Tumeurs rares des ovaires.* — *Kystes hémorragiques.* DOLÉRIS et PETIT (2). *Soc. anatomique*, fév. 1888.

M^{me} P..., menstruée à 14 ans, dysménorrhée, leucorrhée. Mariée en 1881, n'a jamais été enceinte. En 1884, opérée par M. Dolérís d'un kyste de la glande vulvo-vaginale ; en 1886, amputation par le même opérateur d'un col hypertrophique avec développement kystique des glandes. En 1887, découverte d'un kyste de l'ovaire gauche. Laparotomie. Ablation des ovaires et des trompes des deux côtés. Guérison.

Examen histologique : « L'ovaire gauche, entouré de fausses membranes épaisses qui le faisaient adhérer étroitement à l'intestin grêle et au plancher pelvien est transformé en un kyste sanguin du volume d'une grosse orange. La paroi de ce kyste est constituée : 1^o sur une surface égale à celle d'une pièce de 5 francs par la couche ovigène sclérosée et une certaine épaisseur du bulbe ; 2^o sur le reste de son étendue par une coque exclusivement fibreuse. Sur aucun point de la surface interne du kyste on ne trouve de vestige de l'épithélium cubique. L'ovaire droit ayant été reconnu malade au cours de l'opération a été également enlevé ; cet ovaire, augmenté de volume, présente à la coupe, de la superficie à la profondeur, un grand nombre de kystes sanguins, offrant toutes les dimensions inférieures à celle d'un gros pois. Sur

(1) SAENGER. *Centralblatt für Gynécologie*, 23 fév. 1889, p. 134.

(2) Voir aussi. *Répertoire universel d'obstétrique et de gynécologie*, 5 mai 1888 et P. PETIT : Ovarite et kystes de l'ovaire. *Nouvelles arch. obst. et gynéc.*, 25 juillet 1888.

une coupe faite au niveau d'un corps jaune récemment cicatrisé on observe : sclérose prononcée de la zone de la couche ovigène entourant la cicatrice ; les ovisacs ont en grande partie disparu de même que les vaisseaux. Dilatations vasculaires énormes dans la couche celluleuse externe et la base des papilles du corps jaune. Sur un ovisac en pleine évolution, on constate dans la couche externe une suffusion sanguine qui en occupe la demi-circonférence ; l'ovule cerné par une couche très dense de cellules granuleuses est en voie de dégénérescence hyaline. Sur la surface interne d'un kyste assez volumineux on constate en plusieurs points la présence d'un épithélium cubique proliféré sur plusieurs couches ; au-dessous la couche fibrillaire, épaissie, enflammée. »

« Le même ovaire (1) présentait encore à son extrémité interne un kyste sanguin analogue, mais seulement du volume d'une amande, plus un corps jaune énorme et transformé en une poche hémorragique du volume d'un haricot. »

OBSERVATION XXVI. — *Des kystes ménorrhagiques; nouvelle variété de kystes ovariens.* T. BOECKEL. *Gaz. méd. Strasbourg*, 1861, p. 79.

Femme de 28 ans, vierge ; pas de maladie grave antérieure. Boeckel appelé pour une indisposition sans gravité constate une tumeur abdominale, que la malade ne soupçonnait pas. Six ou huit mois auparavant, M^{lle} X... pendant ses règles a fait un long voyage en diligence ; elle fut très malade à ce moment, et depuis lors est restée sujette à des accès de vomissements avec douleurs abdominales, qui surviennent sans aucun motif et durent 24 heures. Les périodes continuent à se montrer régulièrement, mais avec une très grande abondance.

Schutzenberger et Boeckel examinent alors la malade et constatent : « une tumeur rénitente, un peu irrégulière, oblongue, bosselée à son extrémité supérieure, de la grosseur d'une tête d'adulte. Elle remonte dans le flanc gauche à 2 travers de doigt au-dessus de l'ombilic, et dépasse en bas la ligne blanche. La fluctuation est évidente dans toute son étendue ». Le toucher vaginal, pratiqué avec les précautions requises par la présence de l'hymen, fait constater que la tumeur ne fait pas saillie dans les culs-de-sac.

En août, Boeckel fait une ponction dans le kyste, et donne issue à 4 litres d'un liquide poisseux, couleur chocolat, sans grande odeur. Injections de teinture d'iode iodurée.

La tumeur se reproduit.

(1) In *Répertoire universel d'obstétrique et de gynécologie*, 1888, p. 220.

2^e ponction en octobre; 1 litre 1/2 de liquide tout aussi épais que le précédent. Nouvelle injection iodée. Récidive.

En décembre, on découvre l'existence d'un kyste à droite.

« Ces deux tumeurs augmentent de volume et deviennent douloureuses à chaque époque menstruelle, l'endolorissement persiste chaque fois pendant 15 jours.

En mars de l'année suivante : 3^e ponction, suivie d'une 3^e injection iodée. Malgré tous les traitements employés pour empêcher l'hémorrhagie menstruelle qui se fait mensuellement dans les kystes, « à chaque menstruation les tumeurs gonflent et sont douloureuses. Je constatai plusieurs fois par des mesures prises immédiatement avant et après cette époque qu'en quelques jours les kystes avaient augmenté de 2 à 3 travers de doigt en hauteur ».

En octobre, le kyste droit est ponctionné pour la première fois. Issue de 2 litres 1/2 de liquide chocolat, identique à celui retiré à gauche. Injection iodée.

..... Bientôt des accidents septicémiques se déclarèrent, et malgré un large drainage du kyste droit, après fixation à la paroi abdominale, la malade succomba.

Autopsie. — Lésions de péritonite. Le kyste a été perforé à sa partie postérieure, probablement par les sondes introduites pour les lavages.

« A droite, le kyste qui n'a été ponctionné qu'une fois est rempli au quart; il a le volume d'une tête d'enfant. La paroi antérieure, formée aux dépens du ligament large, est assez épaisse; sa paroi postérieure, très mince, s'est rompue pendant les manipulations, et a laissé échapper un liquide chocolat. La face interne est tapissée par des croutes brunes, très adhérentes, et qui sont constituées par du sang durci par les injections iodées.

Du côté de l'utérus, un caillot de sang mou, récent, fait saillie dans l'intérieur du kyste à travers un follicule de de Graaf rompu. Il a la grosseur d'une petite noisette et s'est formé sans doute pendant la dernière menstruation, qui a eu lieu cinq jours avant la mort. Il indique que le « stroma de l'ovaire qui n'est plus reconnaissable à la vue, n'a cependant pas cessé de fonctionner. D'ailleurs en prenant dans ce voisinage de petites parcelles des parois du kyste, et en les portant sous le microscope on y voyait de nombreux ovules à différents états de développement »..... La trompe hypertrophiée a 14 cent. de long; près du pavillon, son canal admet facilement une plume d'oie.

Le kyste gauche, celui qui a été incisé, est rétracté, à parois très épaisses. Sa face interne, lisse, a l'aspect d'une muqueuse en suppuration. « On y trouve un certain nombre d'ouvertures grandes et petites, conduisant dans autant d'arrière-cavités, dont quelques-unes admettraient une petite pomme. L'un de ces kystes secondaires n'est pas encore ouvert

dans la cavité principale, et renferme un liquide sanguin et purulent. La trompe de ce côté renferme un liquide puriforme.

OBSERVATION XXVII (INÉDITE)

Nous devons cette observation à l'obligeance de notre maître M. F. TERRIER, qui l'a rédigée lui-même.

Hématomes des deux ovaires. — Laparotomie; ablation des ovaires et des trompes. — Guérison

M^{lle} G., 29 ans, souffre depuis plusieurs années de douleurs parfois atroces au moment des règles, douleurs qui déterminent des accidents péritonitiques.

Dans son enfance, vers 5 ans, maladie d'yeux qui dura trois années, probablement une kérato-conjonctivite.

Rougeole dans l'enfance, petite vérole légère en 1870.

Les règles apparaissent à 12 ans, elles ne sont pas douloureuses et le plus souvent M^{lle} G. n'y faisait aucune attention; elles étaient peu abondantes et duraient 2 à 3 jours.

En 1882, M^{lle} G. commence à souffrir au moment des règles, le ventre était volumineux, et la malade devait se coucher pendant la période menstruelle. Du reste, les règles étaient plus abondantes et duraient jusqu'à 8 jours; pendant 2 et 3 jours la perte de sang était assez notable, ce qui soulageait un peu la malade. Parfois, les douleurs et les accidents péritonitiques s'accompagnaient de vomissements; souvent il y avait du ténesme rectal et des envies fréquentes d'aller à la garde-robe, avec diarrhée.

Parfois, même, entre les époques, M^{lle} G. ressentait dans le ventre de violentes douleurs qui duraient plusieurs heures, puis se calmaient par le repos au lit et la chaleur.

M^{me} Alliot, sage-femme, qui vit la malade, diagnostique un fibrome utérin et conseille Salies-de-Béarn.

En effet, depuis 1887, M^{lle} G. s'était aperçue de l'existence d'une tumeur siégeant à l'hypogastre et s'étendant un peu vers la gauche de cette région, du côté de la fosse iliaque correspondante, au-dessus de l'arcade crurale; cette tumeur très dure, devenait très douloureuse pendant les règles.

Le professeur Richet fut consulté en janvier 1888 et confirma le diagnostic de la sage-femme.

Le 17 mai 1888, je vis M^{lle} G. pour la première fois et constatai, par le palper abdominal, l'existence de deux tumeurs, l'une droite peu volumineuse et ayant à peu près les dimensions d'une petite orange; l'autre gau-

che bien plus grosse, allongée parallèlement à l'arcade crurale et manifestement fluctuante.

Par le toucher possible, quoique la malade fût vierge, combiné au palper, on constate que ces tumeurs sont placées sur les parties latérales de l'utérus et que cet organe est manifestement bourré de fibromes. Étant donnés les antécédents et les accidents douloureux des règles, je pensai à deux hémosalpingites.

Dans le but d'affirmer ce diagnostic, je pratiquai le 21 mai 1888, une ponction aspiratrice dans la tumeur la plus volumineuse, celle de gauche ; j'en retirai au moins un verre à boire, de sang épais, noirâtre, absolument inodore et qui bientôt prit une belle teinte rutilante au contact de l'oxygène de l'air.

Je crus donc confirmer mon diagnostic par cette ponction.

Les règles qui suivirent, apparurent vers le milieu de juin, elles furent très douloureuses, et la malade se plaignit alors de véritables crampes douloureuses, certainement dues à des coliques utérines.

En présence de ces accidents, on résolut d'enlever les deux trompes malades et les deux ovaires.

Opération, le 21 juin 1888, avec des instruments stérilisés par M. Poupinel, et l'aide de MM. Berger, Périer et Quénu.

Incision sous-ombilicale, qui saigne pas mal, si bien qu'une dizaine de pinces hémostatiques sont utilisées. On coupe le tissu graisseux sous-péritonéal, et on ouvre le péritoine au bistouri d'abord, puis avec des ciseaux mousses. *Il y a un peu d'ascite claire*. La tumeur située du côté gauche apparaît de suite ; vers la ligne médiane est l'intestin iliaque et à droite une autre tumeur d'aspect kystique.

A gauche, la tumeur du volume du poing est isolée en dedans et en arrière de ses adhérences épiploïques et intestinales. En dehors on peut constituer un pédicule utéro-ovarien, qui est saisi par une pince courbe. En avant rampe la trompe, adhérente à la tumeur, mais très distincte cependant. Jusqu'ici tout a pu être décollé sans ouvrir le kyste dont la paroi mince montre par places un contenu noirâtre sanguin ; mais en décollant profondément entre les lames du ligament large correspondant, la tumeur se rompt et le liquide couleur sépia, s'écoule par l'ouverture. On éponge et dissèque peu à peu la tumeur, enfin on arrive à constituer le pédicule utérin qu'on saisit avec une pince courbe. La tumeur et la trompe sont alors enlevées. On fait une toilette minutieuse et une ligature en $\times$ du pédicule utéro-ovarien et du pédicule utérin. Les fils sont laissés en place pour s'assurer ultérieurement de la valeur de l'hémostase.

On passe alors à droite : la tumeur est aussi absolument distincte de la trompe, qui montre son pavillon intact et est située en avant de la masse d'aspect kystique.

On détache en dedans quelques adhérences à l'utérus volumineux et bourré de fibromes et à l'intestin iliaque. Puis pour faciliter les manœuvres on ponctionne la tumeur au bistouri et il en sort un jet (environ un grand verre) de liquide noirâtre qui n'est autre que du sang altéré. Ceci fait on peut constituer d'abord un pédicule utéro-ovarien peu volumineux; puis après avoir énucléé la tumeur des deux lames du ligament large on arrive au pédicule utérin.

Le 1^{er} (pédicule utéro-ovarien) est lié avec un seul fil de soie.

Le 2^e (pédicule utérin) avec 2 fils entrecroisés en x.

La tumeur est alors enlevée avec la trompe correspondante. Toilette soignée du péritoine des 2 côtés de l'utérus fibroïde; un petit vaisseau des adhérences utérines est obturé à l'aide d'une anse de catgut fin passée dans le tissu utérin avec une petite aiguille de Reverdin.

Chaque pédicule est réséqué et touché avec un peu de solution phéniquée forte (20°), de plus les fils sont réséqués courts.

Un drain est placé à gauche de l'utérus vers le 1^{er} pédicule fait, il sort tout à fait en bas de la plaie abdominale.

Suture de la paroi, avec 8 fils d'argent profonds et 8 crins de Florence superficiels.

Durée, 50 minutes. On utilise le spray.

Pansement de Lister complet.

Le 21 au soir. La malade a un peu souffert du ventre. T. 37°,8. Quelques nausées, 200 gr. d'urines troubles.

Le 22. T. matin 37°,4; le soir 37°,9. Pas de douleurs abdominales, pas de vomissements. État satisfaisant.

Le 23. La nuit, la température atteint 38°,6, agitation, faciès coloré, délire léger.

Le pouls est fort et plein, un peu fréquent. Abdomen indolore et non ballonné.

On fait le pansement : la sérosité rougeâtre qui a inondé les pièces de pansement est absolument inodore. Des gaz sont rendus par l'anus.

Le soir la température est de 38°. Un peu de sang s'écoule par le vagin.

Le 24. État général satisfaisant. Alimentation avec lait et eau de Vichy. L'agitation est tout à fait calmée.

T. m. 37°,8. Soir 37°,8. On donne un lavement boriqué.

Le 25. Même état. L'alimentation lactée se fait bien. L'écoulement vaginal continue. T. m. 37°,8, soir, 37°,5.

Le 26. Arrêt de l'écoulement vaginal. Très bon état général. Alimentation. T. m. 37°,5, soir 37°,6.

Le 27. On fait le pansement et enlève 4 fils d'argent et le tube à drainage. T. m. 37°,9.

Le soir agitation, la malade se plaint d'une douleur siégeant à droite, au niveau de la 10^e côte; l'inspiration est très douloureuse, T. s. 38°.

Le 28. La malade est assez calme, mais oppressée par sa douleur de côté, pas de douleurs abdominales ; accidents fébriles assez accusés, inappétence. T. m. 39° ; soir 39°,2. On prescrit un gramme de sulfate de quinine.

Le 29. Pansement, on enlève les 4 fils d'argent qui restaient. Nuit mauvaise, douleurs de côté vives, sueurs abondantes ayant une odeur sui generis des sueurs chez les rhumatisants.

Réapparition d'un peu de sang par le vagin.

T. 39°,6 le matin ; 38°,2 le soir. Sulfate de quinine, 1 gr.

Le 30. Nuit bonne, les douleurs de côté sont moindres. Temp. du matin 38°,2, soir 38°,5. On continue le sulfate de quinine.

1^{er} juillet. Les douleurs de côté ont disparu. L'état général est très bon. T. m. 38°,2, soir 37°,6. L'alimentation se fait assez bien, 0 gr. 20 centig. de sulfate de quinine.

Le 2. Même état, pas de sueurs comme les jours précédents. T. m. 37°,5 ; T. soir 37°,5.

Du 3 au 6. Très bon état et la température varie de 36°,8 à 37°,2.

Le 7. Nouvelles douleurs dans le côté gauche, l'épaule et l'articulation du coude gauche. Langue saburrale, sueurs profuses. T. m. 36°,8, et T. soir 38°. On reprend le sulfate de quinine, 0 gr. 20 centig.

Le 8. Douleurs vives dans le bras gauche, surtout à l'épaule et au coude. Sueurs abondantes. Sulfate de quinine 0 gr. 20 centigr. T. m. 37°,6, soir 38°.

L'appétit est moindre, embarras gastrique léger.

Le 9. Les douleurs et les sueurs diminuent. Amélioration notable des accidents généraux dus aux poussées rhumatismales. T. m. 37°, soir 37°,3.

Le 10. Continuation de l'amélioration. L'appétit renaît. T. m. 37°,7, soir 37°.

Les 11, 12 et 13. M^{lle} G... va très bien, ne souffre plus et dort bien.

Pas de sueurs, appétit excellent.

La température varie de 37°,8 à 37°,4.

Le 14. La malade se lève pour la 1^{re} fois et se sent fort bien.

Le 20. Elle quitte la maison de santé, dans un très bon état général.

Le 3 août 1888, M^{lle} G. part pour la campagne et elle y reste jusque vers le 15 octobre suivant.

La santé a été très bonne, pas de règles, pas de douleurs abdominales ; seules les nuits étaient agitées. Appétit excellent.

Au moment de son retour à Paris, M^{lle} G. s'est beaucoup fatiguée, aussi se plaignit-elle de douleurs de reins et de douleurs de côté, surtout le matin en se levant.

Vers le milieu de décembre, les douleurs de reins s'accusèrent et il y eut un peu de diarrhée ; enfin le 18 il y eut un peu de fièvre et les douleurs de reins furent telles que la malade dut garder le lit. Les 19 et 20, douleurs

rhumatoïdes du côté des articulations, bouffées de chaleur et persistance des douleurs de reins.

Je vis la malade et constatai surtout des accidents de rhumatisme, analogues à ceux que j'avais observés pendant la convalescence de la malade, après son opération. On prescrit des bains de barège et du sulfate de quinine.

Dès janvier 1889, l'amélioration se fit assez rapidement, si bien que depuis cette année, M^{lle} G. n'a plus de maux de reins, ni de douleurs abdominales. Les règles n'ont jamais reparu depuis l'opération, et la malade se plaint de bouffées congestives vers la tête.

Le 1^{er} février, après avoir eu très froid, apparition de douleurs abdominales sur le flanc gauche, douleurs qui durèrent plus de 8 jours et disparurent.

Depuis, l'état général est excellent et aujourd'hui 4 mars, je constate que M^{lle} G. a très notablement engraisé.

Examen histologique. — Les parties enlevées ont été soumises à l'examen du D^r Poupinel qui nous a remis la note suivante :

« Les deux tumeurs soumises à notre examen sont de volume inégal, la plus grande présentant le volume d'une grosse orange, la plus petite, celui d'une petite pomme. A chacune des deux tumeurs est accolée la trompe correspondante qui lui adhère sans néanmoins être fusionnée avec elle. La trompe qui est reliée à la plus grosse des deux tumeurs est très notablement augmentée de volume ; elle est aussi grosse que le doigt indicateur. L'autre trompe est de dimensions normales, bien que repliée sur elle-même et rattachée à la tumeur par plusieurs brides fibreuses résistantes.

« La plus grosse des deux tumeurs (qui siégeait à gauche de l'utérus) présente à considérer deux cavités, dont la principale a été déchirée pendant l'extraction. La face interne de cette cavité principale, qui au premier abord paraît constituer toute la tumeur et présente quelques petits diverticules, est lisse et diversement colorée par le sang qu'elle contenait (liquide brun noir, épais, évacué pendant l'opération).

Dans l'épaisseur de la paroi existe une autre poche, plus petite, irrégulière ; dans cette petite cavité nageait une petite masse de sang concret, mobile, du volume d'un haricot.

L'épaisseur de la paroi de la grande cavité varie de 2 à 3 millim. à 1 cent. Les parois de la petite cavité mesurent de 2 à 4 millim. d'épaisseur. L'épaisseur de ces parois est la plus grande au voisinage de la trompe vers le hile de la tumeur.

Les cavités kystiques paraissent par conséquent s'être développées dans la partie libre de l'ovaire (couche ovigène). La texture des parois kystiques paraît dure et résistante : au point le plus épais, elle paraît comme stratifiée.

La tumeur du côté droit, beaucoup plus petite, présente le volume d'une petite pomme ; elle comprend comme la précédente une poche principale et

une autre plus petite, grosse comme une noisette, absolument pleine de sang coagulé, séparée de la principale par une cloison de 1/2 à 1 millim. d'épaisseur. Dans la paroi, au voisinage de cette masse hématique et faisant une légère saillie à la surface de la tumeur existent deux petits kystes transparents à contenu clair, incolore, coagulable par l'alcool, et ressemblent à des ovisacs parvenus à la moitié de leur développement normal.

Définition histologique. — De l'examen microscopique des fragments pris en divers points des deux tumeurs, nous croyons pouvoir formuler les conclusions suivantes : Les deux tumeurs sont constituées aux dépens de l'ovaire. Nous avons pu en effet trouver dans le stroma fibreux et vasculaire des tumeurs, à la périphérie des kystes, des ovisacs en assez grand nombre. Les cavités dont sont creusées les tumeurs sont les unes, les plus petites des follicules de de Graaf normaux ; les autres sont vraisemblablement des follicules dilatés par des hémorrhagies produites dans leur intérieur ; de volumineux et nombreux capillaires sanguins s'avancent jusque tout près de la surface interne des cavités. Sur une cavité moyenne (celle qui est remplie de sang coagulé) nous avons pu retrouver à la périphérie du caillot qui le remplit, des traces du revêtement épithélial stratifié du follicule ; sur les autres cavités plus grandes, il nous a été impossible de retrouver une trace quelconque du revêtement épithélial. Il nous semble trouver réunies dans ces pièces les diverses phases de la distension des follicules de de Graaf par des hémorrhagies internes. L'épaisseur et la densité des parois kystiques sont telles qu'elles suffiraient à expliquer l'indéhiscence des follicules. »

OBSERVATION XXVIII. — *Kyste hématique de l'ovaire gauche.* — *Endométrite hémorrhagique et rétroversion.* — *Ovariectomie double et ventrofixation.* — *Guérison.* Dr LARGEAU (de Niort) (1).

M^{me} P., 34 ans, vient me consulter pour la 1^{re} fois le 3 avril 1888, et me raconte son histoire.

Mariée à 24 ans, elle a eu un enfant au bout de 10 mois ; après ses couches, elle reste 5 mois malade, souffrant de métrorrhagies presque continues. A peine remise elle redevient enceinte et accouche d'un garçon, qui est mort à 5 ans. Deux ans après elle accouche d'une petite fille qui vit encore, mais qui est boiteuse. Son quatrième enfant fut un hermaphrodite qui mourut à 5 ans.

(1) Nous devons cette observation à l'obligeance de M. le Dr Largeau (de Niort). Le kyste de l'ovaire avait été présenté à la *Société anatomique* (10 juin 1889), mais sans l'observation clinique. M. Largeau a bien voulu nous envoyer celle-ci en détail ; nous le prions d'accepter nos plus sincères remerciements.

Enfin, le 24 octobre 1887, elle a un cinquième enfant, vivant encore. Le 1^{er} février 1888, elle est obligée de s'aliter, elle souffre de violentes douleurs dans le flanc gauche et la région lombaire de ce côté. Elle perd abondamment à chaque époque menstruelle qui dure 8 à 10 jours. Un écoulement séro-purulent succède aux pertes rouges. Il faut noter aussi une vive douleur dans le sein gauche qui semble battre, dit-elle ; elle y a eu un abcès à l'une de ses couches.

Elle est profondément anémiée et ne peut se tenir debout. Elle a fréquemment de la fièvre le soir, précédée de frissons et de maux de tête.

Elle ne dort presque pas.

Examen local. — La vulve est large, pâle et a été déchirée en bas à l'un de ses accouchements, d'où un défaut de solidité du périnée.

Le col de l'utérus est gros, mou, et présente autour de l'orifice du canal cervical une large ulcération bourgeonnante et saignante. La cavité utérine est large et profonde de 9 centim. Le corps de l'utérus est en rétroversion et tombe sur le rectum ; il est notablement hypertrophié, mais mobile.

La pression sur le flanc gauche et la palpation bimanuelle font sentir une petite tumeur dure, d'une extrême sensibilité, qui semble être l'ovaire malade, mais les sensations ne sont pas très nettes à cause de l'augmentation de volume de l'utérus.

J'essaye avec l'hystéromètre de redresser l'utérus, mais cette manœuvre s'accompagne de douleurs vives et d'une hémorrhagie abondante.

Du 19 avril au 20 juin 1888 je fais de l'antisepsie vaginale et utérine consistant en douches vaginales chaudes et irrigation intra-utérines après dilatation du col. Les ulcérations du col diminuent sous l'influence du traitement, mais les règles continuent à être très abondantes, et à l'anémier de plus en plus.

Ne pouvant être suffisamment soignée chez elle, elle entre à l'hôpital de Niort le 11 juin, et y reste plusieurs mois. Le médecin de l'hôpital lui fait des cautérisations au fer rouge du col, mais il ne se produit pas d'amélioration sensible, et aussitôt sortie elle est reprise des mêmes accidents.

J'essaye alors de modifier la rétroversion par le pessaire de Hodge. Il devint très rapidement insupportable. La malade demande instamment une opération.

Elle entre le 12 janvier 1889 à ma maison de santé se plaignant de crises douloureuses très fréquentes dans le flanc gauche, lui enlevant tout sommeil, et plus anémiée que jamais.

Le 17, je fis l'ablation du col et le curettage de l'utérus, mais aucune amélioration ne suit cette intervention.

Bien convaincu alors, que le siège principal du mal était l'ovaire ou la trompe gauche, et décidé à mettre fin à des hémorrhagies qui menaçaient la vie, je fais le 26 janvier 1889, la laparotomie.

Je trouve l'utérus gros, rétroversé, et je le ramène assez facilement en avant, laissant vide le cul-de-sac de Douglas qu'il remplissait et que les intestins vont combler. Je dégage ensuite les annexes à gauche d'abord, à droite ensuite, et je les enlève des 2 côtés. Je me sers alors du pédicule formé par l'ablation de l'ovaire et de la trompe gauche pour fixer le fond de l'utérus à la paroi abdominale. Un aide tient les fils de soie du pédicule et tire sur eux pour maintenir l'utérus redressé pendant que je fais les sutures abdominales. Le pédicule est passé entre les sutures que je serre assez fortement, et qui sont assez rapprochées pour bien l'enserrer. Pour l'empêcher de rentrer, je le traverse avec une broche que je laisse sur le ventre. Le pansement fait, la malade est portée dans son lit.

L'opération a été assez longue en raison de la vascularisation des ligaments larges, où il a fallu faire plusieurs ligatures en chaîne. Le pédicule droit fut laissé dans le ventre.

Les suites furent simples et apyrétiques. Il survint seulement dans les jours qui suivirent l'opération des pertes rouges assez abondantes, d'ailleurs assez fréquentes après l'ovariotomie.

Le 5 février, ayant fait l'examen du col, je constatai qu'il avait considérablement diminué de volume.

La malade put sortir le 12 février. Les douleurs ont complètement disparu.

L'utérus, fixé en antéverson, reste gros et un peu sensible, mais les pertes rouges ont disparu. Il reste encore un petit écoulement blanc.

1^{er} avril. La malade ayant gardé le lit depuis plus d'une année, et très affaiblie avant l'opération, ne peut encore marcher aisément, mais elle se tient debout et fait le tour de sa chambre.

25 mai. L'appétit, les forces et le sommeil reviennent peu à peu. La malade peut marcher et rester un certain temps debout. Elle n'a pas souffert un instant depuis l'opération. Les règles n'ont pas reparu et la malade peut être considérée comme guérie.

Les organes enlevés ont été examinés aussitôt après, puis ensuite mis dans l'alcool pur, pour être soumis à l'examen histologique de mon ami, le Dr Toupet, préparateur de M. Cornil, qui a bien voulu s'en charger.

Au point de vue macroscopique, on constatait une congestion générale des annexes. L'ovaire droit n'était pas augmenté de volume, mais présentait deux petits kystes à contenu liquide citrin. La trompe droite semblait normale.

L'ovaire gauche était presque constitué tout entier par un kyste hémattique du volume d'un gros œuf de pigeon, lisse à sa surface, de couleur rouge brun, et rempli de sang coagulé et de sérosité brune. Il était d'ailleurs mou, fluctuant. La paroi en était mince et semblait facile à rompre. La trompe de ce côté était un peu plus dilatée qu'à l'état normal (1).

(1) Le Dr Largeau nous a encore envoyé la note suivante : « Au cours d'une

OBSERVATION XXIX. — *Hématome de l'ovaire.* — DUDLEY. *Proceedings of the New York pathological Soc.*, p. 169.

Le Dr Dudley présente un exemple d'hématome de l'ovaire enlevé il y a une semaine chez une malade de 22 ans, malade qu'il soignait depuis une année. Pendant tout ce temps, il utilisa une grande variété de traitement interne avec des applications locales externes et internes, mais la malade ne fut pas soulagée de la douleur constante qu'elle ressentait à gauche, douleur qui augmentait d'intensité à chaque époque menstruelle.

On fit une incision exploratrice ; l'ovaire gauche fut facilement enlevé, et en l'ouvrant, on trouve un hématome qui occupait la plus grande partie de l'organe, ce qui ne s'observe pas le plus souvent.

La malade est convalescente, et jusqu'ici n'a plus ressenti les douleurs dont elle se plaignait avant l'opération.

OBSERVATION XXXI. — *Cas d'hématocèle de l'ovaire (ovarian hæmatocele).* — *Obstruction intestinale.* — Mort. RICKARDS. Rapporté par SAUNDERS (1).

La malade, âgée de 25 ans, est entrée à l'hôpital pour des accidents d'obstruction intestinale, qui l'emportèrent assez rapidement.

Le dernier accouchement date de 13 mois ; il a été facile.

Il y a six mois, la malade fit une chute dans laquelle elle se contusionna le côté. Depuis lors elle a éprouvé des douleurs dans l'abdomen. Les règles ont cessé depuis 3 mois, mais la malade ne se croit pas enceinte... Dans les jours qui précédèrent la mort, on découvrit une volumineuse tumeur fluctuante occupant l'hypogastre et remontant jusque dans la région lombaire droite.

A l'autopsie, en incisant les parois abdominales, on ouvrit du même coup un kyste intimement adhérent et contenant une grande quantité de sang noir. Ce kyste avait le volume d'une tête de fœtus à terme, et était incomplètement divisé en deux parties par une cloison. L'ovaire gauche était sain. Le ligament large droit était très allongé, et uni intimement au kyste qui représentait évidemment l'ovaire droit. Ce kyste était uni à l'intestin par de nombreuses adhérences ; il n'y avait pas de péritonite récente, mais

ovariotomie pour kyste volumineux de l'ovaire droit, j'ai trouvé l'ovaire gauche atteint d'un kyste hématique à peu près identique à celui que j'ai présenté à la Société anatomique : il était seulement plus volumineux, du volume d'un œuf de poule environ. La trompe de ce côté était très dilatée et grosse comme le pouce. La malade souffrait également avant l'opération de crises douloureuses très pénibles à gauche. Elle est aujourd'hui débarrassée des 2 ovaires et guérie ».

(1) SAUNDERS. *Med. Times and Gaz.*, 1874, 659.

des brides anciennes avaient considérablement diminué le calibre de l'intestin grêle, sans toutefois produire une obstruction complète. Les autres viscères étaient sains. L'utérus contenait un fœtus bien formé de 3 mois.

OBSERVATION XXXII. — *Rupture de l'ovaire. — Mort rapide par hémorrhagie interne.* PELLETAN. *Clin. chirurg.*, II. 106, 1810.

Pelletan rapporte dans cette clinique l'autopsie d'une femme, à la mort rapide de laquelle avait assisté Bichat.

« L'ovaire gauche était du volume d'un œuf de poule, couvert de vaisseaux rouges et fortement dilatés, et l'on y voyait une crevasse non bouchée par un caillot sanguin. La cavité du petit bassin contenait encore deux onces de caillots noirâtres plus ou moins mous. Nous reconnûmes donc une espèce d'anévrysme ou de varicocèle de l'ovaire. »

OBSERVATION XXXIII. — *Kyste hématique de l'ovaire. — Rupture. — Hématocèle consécutive. — Mort.* TROUSSEAU. *Clin. méd.*, vol. III, p. 646.

Une jeune fille de 16 ans, n'ayant jamais été réglée qu'une fois, il y a 2 mois 1/2, arrivée à Paris depuis 2 mois, vient mourir d'une fièvre typhoïde dans le service de Trousseau.

« A l'autopsie, on constate un épanchement de sérosité rougeâtre dans la cavité du petit bassin, environ 150 à 200 grammes... L'ovaire et la trompe du côté gauche présentent l'aspect normal... Du côté droit, la trompe est libre d'adhérences; son pavillon est vivement injecté, et dans la cavité de la trompe, vers son tiers externe, on constate la présence d'une petite quantité de mucus purulent, séreux, grisâtre. Sur l'ovaire existe une tumeur de la grosseur d'un œuf; sa couleur est brune, sa surface lisse et non recouverte de pseudo-membranes. Vers sa partie déclive, cette tumeur présente en saillie un caillot de la grosseur d'un pois. Ce caillot dur, en grande partie fibrineux, était étranglé par une ulcération à travers laquelle il se continuait avec un caillot situé dans la cavité de la tumeur. Une ouverture pratiquée à la partie postérieure de celle-ci permet d'affirmer qu'on a affaire à un kyste hématique, lequel contenait un très gros caillot qui s'était échappé en partie par l'ulcération indiquée. L'épanchement intrapéritonéal avait donc eu pour source le kyste hématique..... Les parois du kyste étaient formées par la membrane séreuse ovarienne, doublée à son intérieur de plusieurs couches très minces de fibrine.

De plus, le kyste reposait sur l'ovaire, et était en communication directe avec la cavité d'une vésicule de de Graaf à paroi tomenteuse, siège de l'a-

poplexie primitive. Dans le même ovaire, d'autres vésicules présentent de petites apoplexies.... Quant à l'ulcération de la paroi du kyste, nous croyons qu'elle doit être rattachée à l'état général de la malade. »

OBSERVATION XXXIV. — *Rupture de la trompe et de l'ovaire, suivie d'hémorrhagie interne et de mort.* W. POLLARD. *Lancet*, mars 1848 (1).

Femme, âgée de 28 ans. A la suite de coïts répétés, cette femme est prise de nausées, puis de vomissements avec violentes douleurs abdominales, surtout à droite. Elle succombe 20 heures après, ayant présenté les signes d'une hémorrhagie interne et de la péritonite.

« En ouvrant l'abdomen on aperçoit une grande quantité de caillots et de sang liquide. L'utérus est assez volumineux, l'ouverture du col remplie d'un liquide muco-sanguinolent, et la cavité tapissée par une membrane caduque. L'ovaire droit offrait de nombreuses cicatrices et un corps jaune du côté gauche. La trompe de Fallope renfermait un caillot du volume d'une amande. A un pouce environ de l'utérus et à la partie supérieure de cette tumeur, il existait une fente, bouchée par un caillot irrégulier au centre duquel on distinguait un petit sac, mais tellement comprimé et déformé qu'il fut impossible de déterminer si c'était un ovule (cette hypothèse est confirmée par la présence d'une caduque dans la cavité utérine).

L'ovaire gauche était du volume d'une petite pomme et creusé à son intérieur d'une cavité remplie de sang, cavité qui s'était rompue dans la cavité abdominale par une fente de 1/4 de pouce.

Il s'agit très probablement dans cette observation d'une grossesse tubaire droite et d'un kyste sanguin de l'ovaire gauche. La trompe et l'ovaire se sont rompus simultanément sous l'influence d'une même cause, peut-être celle qu'invoque W. Pollard.

OBSERVATION XXXV. — *Hématocèle d'origine ovarienne.* DENON-VILLIERS. *Gaz. des hôp.*, 1851, p. 275.

Une femme, à la suite de ses règles normales éprouve des douleurs excessives dans le ventre, et on constate à ce moment une tumeur abdominale.

Le mois suivant, les règles reparaissent et ne durent que 2 jours ; la tumeur abdominale augmente notablement de volume, et bientôt après s'ouvre dans le rectum.

(1) *Arch. gén. de médecine*, 1848, p. 474.

La malade succombe à l'infection purulente.

A l'autopsie, on trouve une tumeur sanguine dans le cul-de-sac péritonéal.
« Les ovaires assez volumineux correspondaient par une de leurs faces à l'intérieur du foyer, et tous deux offraient sur cette face plusieurs lacunes ouvertes dans le kyste sanguin, comme si l'épanchement avait eu sa source dans des ruptures partielles de l'ovaire ». Rien à noter du côté des trompes qui étaient plutôt rétrécies que dilatées.

OBSERVATION XXXVI. — *Apoplexie ovarienne. — Hématocèle consécutive. — Épanchement du sang dans la cavité péritonéale.*
CARESME. *Soc. anatomique*, 1864, p. 529.

Femme, âgée de 27 ans. Réglée pour la 1^{re} fois à seize ans, elle a vu régulièrement tous les mois pendant 3 ou 4 jours assez abondamment, sans grandes douleurs. Six enfants, le dernier il y a 13 mois. Accouchements normaux.

Il y a 6 semaines pendant les règles, sans cause connue, douleurs, coliques utérines... Depuis, pertes continues, douleurs dans les reins et coliques, troubles de la miction et de la défécation. Le 22 juillet, sans cause, la malade est prise de frissons, vomissements et de tous les signes de la péritonite, et elle meurt le jour même.

A l'autopsie, « il s'écoule, après l'incision abdominale, une quantité considérable, au moins 1 litre, de liquide lie de vin, formé par du sang altéré, mêlé à de la sérosité, mais ne contenant pas de pus ». Il existe dans le petit bassin une tumeur pâteuse, fluctuante, comprise entre le rectum, l'utérus et les ligaments larges, remontant jusqu'à l'union du 1/3 inférieur avec les 2/3 supérieurs de l'espace qui sépare le pubis de l'ombilic, et contenant environ 400 grammes de caillots sanguins, mous, noirs, siégeant dans une sérosité semi-sanguine, semi-purulente....

L'ovaire gauche qui a conservé son volume normal, laisse échapper gros comme un dé d'un liquide sanieux, purulent, contenu dans son intérieur.

L'ovaire droit, qui est confondu avec la tumeur médiane par des adhérences, est creusé d'un kyste rempli de sang, qui communique par une déchirure située sur la face postérieure avec la cavité de l'hématocèle. « Cette ouverture arrondie, à bords mousses, a environ 1 cent. de diamètre. Si l'on incise le kyste ovarique « on le trouve rempli par un caillot volumineux, d'un noir foncé, mesurant 6 cent. de long. »

La trompe droite est normale quant à sa longueur, mais elle est plus volumineuse que d'habitude.

La trompe gauche ne présente aucune altération, si ce n'est qu'elle adhère à l'ovaire par son pavillon.

Pour l'auteur l'enchaînement des faits a été le suivant : 1^o Formation puis rupture du kyste sanguin de l'ovaire ; 2^o hématocele consécutive ; 3^o péritonite.

OBSERVATION XXXVII. — *Kystes sanguins des deux ovaires.*
— *Hématocele.* — *Péritonite.* — *Mort.* PROST, Th. de Paris, 1854.

Femme de 35 ans, d'une bonne santé antérieure, à part quelques irrégularités menstruelles. Deux accouchements normaux. En janvier 1853 en soulevant un fardeau, elle ressent une violente douleur dans les reins, et le 21 janvier, les règles sont extrêmement abondantes.

Depuis lors métrorrhagies. A l'hôpital on constate l'existence d'une tumeur hypogastrique trilobée : « une tumeur médiane ovale remonte vers l'ombilic ; quant aux deux tumeurs latérales elles sont difficiles à circonscrire du côté externe, où elles se perdent dans les fosses iliaques ». Des accidents péritonitiques apparaissent et tuent rapidement la malade.

Autopsie.— En soulevant le paquet intestinal, on constate une volumineuse hématocele, à la partie supérieure de laquelle adhèrent les anses intestinales. « Sur les faces antérieure et latérale de la tumeur principale se trouvent deux autres tumeurs : l'une à droite, du volume d'une orange, se trouve formée par l'ovaire dilaté du kyste (1), l'autre à gauche formée par l'ovaire est moins grosse. Les trompes sont inscruées sur la paroi antérieure de la tumeur, mais perméables. La tumeur médiane a le volume d'une tête de fœtus, elle est pleine de sang visqueux, noirâtre, mêlé de grumeaux. Au niveau de la paroi antérieure qui répond aux kystes ovariens existe une large déchirure à 3 lambeaux, donnant issue dans le kyste formé dans le tissu ovarien. Dans ce kyste il y a également du sang visqueux, des débris de caillots mal organisés et mêlés à des débris de tissu ovarien.

« Le kyste ovarien gauche est plus petit, et ne communique avec la tumeur principale que par un trajet fistuleux étroit ; il contient un caillot mieux organisé et fibrineux. »

OBSERVATION XXXVIII. — *Rupture de l'ovaire.* — *Hématome sous-péritonéal.* — *Mort.* B. BALL, in TROUSSEAU. *Cliniq. Méd.*, III, 666.

Une femme de 43 ans, entre dans le service de Becquerel et meurt une heure après dans le coma. On apprend que 2 jours avant cette femme a été

(1) BERNUTZ et GOUPIL, dans leur livre de « *Cliniq. des malad. des femmes*, dans le chapitre intitulé : Hématocele symptomatique des ruptures de l'ovaire et de la trompe, rejettent cette observation à cause de ces mots : « *l'ovaire dilaté du kyste* ». Il ne nous semble pas qu'il y ait là une difficulté si insoluble qu'il faille rejeter cette observation, très claire d'ailleurs dans ses autres détails.

prise pendant ses règles à la suite d'un refroidissement, d'accidents rapidement graves.

Autopsie.— Pas d'épanchement intra-péritonéal, pas de péritonite. « Après avoir soulevé et détaché la masse des intestins, on découvre une vaste accumulation sanguine qui proémine sur les côtés de l'utérus; en soulevant l'utérus, on constate que l'épanchement s'est produit dans le tissu cellulaire péri-utérin, au-dessous du péritoine; la tumeur remplit presque toute l'excavation du bassin dont le tissu cellulaire est détruit; les ligaments larges renferment aussi du sang coagulé.

Les trompes utérines sont ensevelies dans la tumeur; elles renferment des caillots rouges et mous; la muqueuse est rouge, tuméfiée, vascularisée.

« *L'ovaire gauche, complètement infiltré de sang, se trouve converti en une bouillie noirâtre, au sein de laquelle il est impossible de distinguer aucun vestige d'organisation.* » L'ovaire droit est sain.

Les autres viscères abdominaux sont sains.

Trousseau fait remarquer que « l'ovaire du côté droit est tellement altéré qu'il est presque impossible de ne pas croire qu'il ait été l'origine de l'hémorrhagie.

Le sang se serait épanché dans le mésentère ovarien.

Cette opinion est en effet extrêmement vraisemblable quoiqu'on ne puisse tirer cette conclusion en toute certitude des détails insuffisants de l'observation.

OBSERVATION XXXIX. — *Hématome du ligament large droit.* PROGEY, in VIGUÈS, Th. Paris, 1851.

A l'autopsie d'une femme ayant succombé à une péritonite, on trouva en outre des lésions ordinaires de celle-ci : « une tumeur contenue dans les replis du ligament large droit, et occupant toute la cavité du petit bassin avec la paroi duquel elle a contracté des adhérences très solides. Après avoir incisé le ligament large, il s'écoule de la sérosité sanieuse dans le bassin. A droite, la tumeur est appliquée sur les vaisseaux iliaques internes, qui ne lui fournissent aucun rameau; la *trompe et l'ovaire du côté droit n'existent plus...* La dissection montre que les fibres utérines se prolongent sur la tumeur, et que celle-ci fait saillie dans la cavité de l'utérus

D'après l'auteur, la tumeur se serait formée dans l'épaisseur de l'ovaire, à la suite de la rupture d'un vaisseau ovarique.

Pour Viguès, il faudrait voir là le résultat de la rupture d'un follicule au niveau du hile de l'ovaire.

Il faut avouer que les détails de l'observation ne permettent pas de supposer quelle était la nature de la lésion de l'ovaire.

OBSERVATION XL. — *Ovarite diffuse aiguë avec endartérite et endophlébite.* — *Kystes folliculaires.* — *Salpingite catarrhale chronique.* — *Castration.* P. PETIT. *Loc. cit.*, p. 307.

M^{me} B., 28 ans, menstruée régulièrement depuis l'âge de 15 ans, 4 accouchements normaux, dont un gémellaire. La malade était atteinte de leucorrhée abondante, pour laquelle elle fut soumise, pendant 17 mois à des cautérisations intra-utérines au nitrate d'argent. La leucorrhée diminua, mais à partir de ce moment la malade aurait commencé à souffrir du ventre. M. Doléris pratique à cette femme l'amputation du col, selon le procédé de Schröder et le curage. Les souffrances continuèrent, et un nouvel examen fit percevoir dans le cul-de-sac postérieur et à droite, un ovaire sensiblement augmenté de volume et prolabé. Malgré le traitement médical, les souffrances continuant et la tumeur augmentant de volume, la malade réclame un traitement radical. La castration bilatérale par laparotomie fut pratiquée par M. Doléris.

La tumeur droite se compose de l'ovaire et de la trompe profondément modifiés dans leur forme, leur volume, leur texture.

L'ovaire est le siège de 2 kystes, gros comme des mandarines, accolés l'un à l'autre, qui ont aplati et comme étalé l'organe contre la paroi du bassin. La paroi de ce kyste dans la portion qui ne correspond point à l'ovaire, est mince, entièrement fibreuse, à peu près dépourvue de vaisseaux.

Leur surface interne est lisse et non tapissée d'épithélium, leur contenu est formé d'un liquide sanguinolent.....Nombreux kystes d'origine folliculaire à en juger par les cellules cubiques en voie de dégénérescence hyaline ou granuleuse qui tapissent leurs parois.....

OBSERVATION XLI. — *Sclérose et dégénérescence graisseuse de l'ovaire.* — *Endartérite et endophlébite.* — *Kystes sanguins développés aux dépens des corps jaunes.* P. PETIT. *Loc. cit.*, p. 311.

M^{me} B., réglée à 12 ans 1/2. Mariée à 16 ans. Deux accouchements normaux, puis 3^e accouchement difficile, et fausse couche de 3 mois et 1/2. A la suite d'une chute, accidents de pelvipéritonite, et depuis lors, c'est-à-dire depuis un an, les règles sont difficiles, douloureuses et se reproduisent deux fois par mois. L'examen fait constater une tumeur ovarienne ou formée peut-être par l'ovaire et la trompe.

M. Doléris pratique la laparotomie. « La tumeur enlevée se compose de

l'ovaire gauche et de la trompe. Celle-ci est à peu près saine. L'ovaire, entouré de fausses membranes, est environ quintuplé de volume. Il présente à sa partie antéro-interne *deux kystes sanguins du volume d'une noix*. Le contenu de ces kystes paraît être du sang à peu près pur et fluide ; *leur paroi est constituée comme celle des corps jaunes récents*, c'est-à-dire qu'on y trouve des papilles portant des cellules épithélioïdes à noyau et contours encore distincts. Ces kystes sont probablement dus à une hémorrhagie exagérée après ponte. Immédiatement derrière eux, dans l'épaisseur du stroma de l'ovaire, on trouve un corps jaune récent, de la grosseur et de la forme d'un haricot, rempli de sang coagulé. Autour de lui, la couche ovigène est en voie de sclérose, mais renferme encore quelques ovisacs à l'état jeune. L'organe dans tout le reste de son étendue est transformé en une sorte de fibrome.

...C'est à peine si sur 3 ou 4 cent. de la couche ovigène on peut retrouver un ovisac. »

OBSERVATION XLII.— *Sclérose corticale de l'ovaire. Kystes folliculaires. — Apoplexie du stroma et des corps jaunes. — Sclérose secondaire périkyistique*. P. PETIT. *Loco citato*, p. 309.

Femme 28 ans. Accouchement il y a 6 ans. A la suite ménorrhagie qui dure 2 mois. Depuis ce moment, douleurs dans le flanc gauche à peu près constantes. Ménorrhagies abondantes, fréquentes. Pertes blanches et dysurie.

M. Doléris constate outre une cystocèle et rectocèle, « dans le cul-de-sac droit une tumeur de la grosseur d'un gros œuf de dinde, résistante, manifestement formée par l'ovaire. »

Curage et écouvillonnage de l'utérus. Amélioration passagère. Quatre mois après castration unilatérale.

Examen histologique : « La tumeur comprend l'ovaire et un fragment de la trompe. L'ovaire, à peu près triplé de volume, offre comme lésion macroscopique la plus nette, sur sa face antérieure, *un kyste sanguin de la grosseur d'une noix*, qui a été ouvert pendant l'opération. Des coupes pratiquées sur la moitié postérieure de l'organe, démontrent l'existence d'une *sclérose uniformément limitée à sa périphérie*, sur une épaisseur de deux millim. environ.

Au-dessus de cette coque scléreuse, développée aux dépens de la couche ovigène, et que l'on distingue facilement, par les vestiges d'ovisacs de la zone de péri-ovarite, on tombe sur un stroma, en apparence sain, émaillé de kystes folliculaires dont les plus gros ne dépassent pas le volume d'une noisette.

Foyers apoplectiques, les uns récents, les autres plus ou moins anciens, et enkystés dans le stroma, dans la plupart des corps jaunes qui sont en grand nombre. L'ovaire, au voisinage du k. sanguin de sa face antérieure, est sclérosé dans toute son épaisseur; au milieu de ce tissu de sclérose, on distingue des vaisseaux oblitérés, des cavités, qui les unes répondent à des foyers sanguins en partie résorbés, développés dans le stroma ou les corps jaunes, les autres semblent provenir d'anciens k. folliculaires, de dilatations veineuses ou lymphatiques. »

OBSERVATION XLIII. — *Hématocèle rétro-utérine, causée par la rupture d'un ovaire malade. — Ponction. — Mort.* — BARNES, *Traité clinique des mal. des femmes*, trad. CORDES. Paris, 1879, p. 504.

Femme de 36 ans, ayant eu 8 enfants. Il y a 6 mois, en lavant, pendant ses règles, cette femme est prise d'une violente et subite douleur abdominale...

Depuis 3 semaines, dysurie. Le toucher fait constater une tumeur rétro-utérine que Barnes ponctionna avec un petit trocart au point le plus déclive. Une ponction donne difficilement issue à « 60 ou 70 gr. de liquide foncé, semblable à de la mélasse ou au sang des règles dans la rétention menstruelle ». Cette ponction est bientôt suivie d'accidents septicémiques, qui emportent la malade.

A l'autopsie on trouve les lésions ordinaires de l'hématocèle rétro-utérine. « On ne trouva pas un vestige de l'ovaire droit sauf un petit kyste lisse, séreux, qui sortait du kyste principal, avec lequel il communiquait par une large ouverture, seul reste de l'ovaire. Ce kyste semble avoir été la source de l'hémorrhagie; nous arrivâmes à la conclusion que nous avions eu affaire à un kyste de l'ovaire, lequel avait éclaté et versé du sang dans la poche rétro-utérine, probablement peu à peu et à différents moments... »

OBSERVATION XLIV. — *Rupture d'un kyste sanguin de l'ovaire après les règles, péritonite généralisée. Mort le 3^e jour.* PURCH. De l'apoplexie des ovaires. *Montpellier méd.*, 1858.

Femme, âgée de 28 ans, d'une bonne santé antérieure. Il y a 4 mois, sous l'influence d'une émotion, les règles se sont arrêtées, et la malade a ressenti une violente douleur à droite. Depuis lors pertes tous les 20 jours et plus abondamment que de coutume.

Les règles après avoir coulé 3 jours venaient de cesser, lorsque la malade fut prise de tous les accidents d'une péritonite généralisée et mourut en 3 jours.

A l'autopsie, outre les lésions ordinaires de la péritonite, on trouve dans

l'abdomen 500 gr. d'un liquide chocolat mêlé de caillots. Aucune lésion de l'intestin. Trompe et ovaire gauches tout à fait sains.

« A droite, ces 2 organes agglomérés constituent une tumeur formée surtout aux dépens de l'ovaire. Rouge noir par la coloration et comparable à une petite pomme, cette tumeur ovarique présente à son centre et en avant une déchirure irrégulièrement triangulaire, longue de 1 cent. Les bords en sont déchiquetés. Au-dessus on trouve une bosselure en forme d'amande. Par la perforation s'écoule du sang.

« La trompe a sa cavité affaissée et son pavillon oblitéré par des adhérences anciennes ; elle est si bien réunie à la paroi antérieure de la tumeur qu'elle ne put être reconnue et détachée qu'après une dissection minutieuse.

« Quant à la tumeur ovarique, elle est constituée par du sang, des caillots et une coque. A part les points où s'étend la trompe, la coque est exclusivement composée par le péritoine. Cette séreuse paraît sensiblement épaissie, sauf au niveau de la déchirure où elle a son épaisseur normale. En d'autres points et surtout en arrière où la coque a près de 1 cent. d'épaisseur, il s'est fait un dépôt fibrineux qu'on parvient à décortiquer avec de la patience. Ce dépôt rappelle celui qu'on trouve dans les anévrysmes, c'est-à-dire plus mou et plus récent lorsqu'on se rapproche du centre. A la déchirure correspondent des caillots noirâtres. »

OBSERVATION XLV. — *Apoplexie de l'ovaire droit. — Mort d'hémorrhagie interne et de péritonite.* DRECO. *Jour. univ. Sc. méd.*, 1826, XLII, 361.

Une femme de 32 ans, ressentit une fois, sans cause appréciable, des douleurs abdominales violentes qui durèrent six heures, puis disparurent. A partir de cette date les règles durèrent de 15 à 20 jours.

Un jour, toujours sans cause, elle fut prise de douleurs abdominales, présenta tous les signes d'une hémorrhagie interne et d'une péritonite, et succomba en 27 heures.

A l'autopsie, on trouve 3 pintes de sang dans l'abdomen, un énorme caillot dans le petit bassin.

« L'ovaire gauche, du volume d'un œuf de poule, est noir, enflammé (1) et présente une scissure profonde de laquelle sortait à la pression du sang noir, semblable à celui du ventre. Le *tissu parenchymateux de l'ovaire ressemblait à celui de la rate d'un individu, mort du scorbut.* »

(1) PUECH qui relate aussi cette observation (*loco citato*) fait remarquer qu'à cette époque on voyait l'inflammation partout. Avec Boivin et Dugès, avec Cruveilhier, il considère cette observation comme un type d'apoplexie de l'ovaire.

OBSERVATION XLVI. — Journal de HUFELAND, novembre 1819 (1).

A l'autopsie, d'une femme de 21 ans, morte d'insolation *pendant la période menstruelle*, mais dont le flux ne s'était pas moins produit au dehors, on trouve un utérus dilaté et dont la cavité contient une certaine quantité de sang. « Le fond de la matrice offrait une rougeur intense. L'ovaire gauche était noir, gangrené (?) et à moitié détruit ; l'ovaire droit, fortement enflammé, avait contracté des adhérences avec la trompe de Fallope et le péritoine ; ses vésicules étaient remplies d'un sang noir et coagulé. Dans le bassin on trouve deux onces de sang. »

Cette observation nous semble difficile à interpréter, si l'on donne son sens exact au mot « gangrené » appliqué à l'ovaire gauche ? Il nous semble plutôt qu'il faille prendre cette expression dans le sens de « déchiré, déchiqueté » et alors nous serions peut-être en droit de voir dans l'ovaire droit des hémorrhagies vésiculaires multiples, dans l'ovaire gauche des hémorrhagies de une ou peut-être plusieurs vésicules avec rupture de leurs parois et épanchement dans le péritoine ; hémorrhagies et ruptures déterminées peut-être par l'étiologie qu'indique l'auteur, l'insolation. Des observations de ce genre ne permettent d'ailleurs aucune conclusion solide.

OBSERVATION XLVII. — *Mort subite par rupture d'une varice de l'ovaire.* HORING (cité par LÉOPOLD), *loc. cit.*

Höring a vu une femme de 41 ans succomber subitement à la rupture d'une varice dans l'ovaire.

« On trouve sur l'ovaire gauche le péritoine rompu, et la déchirure comblée par un caillot.

L'ovaire était quatre fois plus volumineux que normalement. Sa structure était méconnaissable, et sur le bord inférieur on trouve une varice de la grosseur d'un œuf de pigeon, qui s'était rompue. On trouve encore quatre autres foyers apoplectiques dans le tissu dégénéré, et le tissu cellulaire infiltré de sang dans une grande étendue. Les veines du bassin étaient distendues, mais nulle part on ne trouve trace d'une autre rupture que celle de la varice de l'ovaire. »

(1) *Bibliothèque médicale*. T. CLXX, p. 250. V. aussi : BERNUTZ et GOUPIL, *loco citato*.

OBSERVATION XLVIII. — *Hémorrhagie intra-péritonéale diffuse ayant son point de départ dans l'ovaire droit altéré par l'inflammation. — Mort. — Autopsie. — LUTON. Gaz. Médicale, 1856, p. 76.*

Une femme de 27 ans, d'une bonne santé antérieure, habituellement bien réglée, n'ayant eu qu'un enfant, était entrée dans le service de Denonvilliers, pour un ulcère du col. Elle raconta alors que depuis 2 ans « elle était tourmentée de pertes sanguines presque continuelles....., et de douleurs sourdes dans les reins ».

Tout paraissant devoir être rapporté à l'ulcère, on dirigeait contre l'ulcération du col les moyens ordinaires, lorsque subitement la malade fut prise de ballonnement du ventre, hoquet, fièvre etc..., et mourut en 48 heures.

A l'autopsie, on constate outre les lésions de la péritonite, un épanchement dans le péritoine d'environ 1 litre de sang fluide et noir avec quelques caillots. Les annexes à droite et à gauche sont unies, et confondues entre elles par des adhérences d'ailleurs faciles à rompre. Les deux trompes présentent des signes manifestes d'inflammation..... « on trouve sur leur trajet plusieurs petits abcès gros comme des pois ; il s'ensuit que leur perméabilité est détruite ».

« L'ovaire gauche est tuméfié, ramolli, friable ; il s'écrase lorsqu'on veut l'inciser. Il est grisâtre et comme infiltré de pus ou de matière plastique. »

« L'ovaire droit est encore plus malade et plus difficile à isoler et à délimiter. Mais, ce qui est surtout curieux, c'est qu'il présente du côté par lequel il regarde le cul-de-sac rectal, une petite déchirure à travers laquelle on voit faire hernie un gros caillot sanguin, noir et mou. En raison des adhérences unissant intimement la trompe et l'ovaire, on avait cru tout d'abord avoir affaire à une hémorrhagie de la trompe. « Mais la pièce ayant été présentée à la Société de Biologie, MM. Gubler et Charcot ont reconnu manifestement que l'hémorrhagie avait bien son point de départ dans l'ovaire. En effet, l'ovaire étant disséqué et coupé par tranches, on voit un foyer sanguin qui semble occuper la cavité d'une vésicule de de Graaf ; on suit même le trajet que le sang a dû suivre pour venir faire irruption dans le cul-de-sac utéro-rectal. A côté du kyste hémorrhagique on trouve une cavité vide, assez grande, qui peut se rapporter à une autre vésicule presque mûre. Du reste, le tissu de l'organe, indépendamment de cela, paraît transformé en putrilage par l'inflammation. »

L'interprétation de ce cas n'a pas été sans embarrasser l'auteur lui-même qui hésite entre l'inflammation et l'hémorrhagie.

« Les pertes utérines qui duraient depuis deux mois, dit-il, si on ne les fait pas dépendre de l'ulcération du col indiqueraient assez un raptus hémorrhagique qui se faisait vers l'utérus ; alors on pourrait admettre que des apoplexies successives des ovaires, opérées sous l'influence du molimen menstruel ou de la conception, ou sous une influence inconnue, ont été le point de départ phlegmasique dont nous avons constaté les désordres. » Pour nous, nous avouons nous rattacher assez volontiers à l'idée d'une ovarite aiguë, d'une ovarite infectieuse. La lésion a eu pour porte d'entrée l'ulcération du col, de là elle a gagné la cavité utérine et, par continuité de tissus, les trompes, où elle a laissé des traces de son passage sous forme « de plusieurs petits abcès gros comme des pois. » Les ovaires à leur tour ont été atteints ; l'ovaire gauche apparaît à l'autopsie « ramolli, friable, et comme infiltré de pus ». Dans l'ovaire droit on ne trouve pas encore de pus, mais le parenchyme a subi les mêmes atteintes et il suffit de l'hémorrhagie d'une vésicule de de Graaf pour faire éclater l'organe.

OBSERVATION XLIX. — *Mort par hémorrhagie de l'ovaire gauche.*
H.-B. WALTER (1).

S..., âgée de 35 ans, mariée, mère de 4 enfants. Cette femme travaillait à de rudes travaux, mais jusqu'à une semaine avant sa mort, elle avait toujours joui d'une excellente santé. Elle ressentit alors une douleur légère dans la région du bas-ventre.

Le matin du 28 avril (jour de sa mort) elle était en apparence bien portante, et travailla même plus que de coutume. A 2 heures, elle se sentit fatiguée, puis fut prise de vertige et de perte de connaissance, le pouls disparut et la mort eut lieu en quelques heures.

A l'autopsie, on trouva un cœur normal avec seulement un léger épaississement de la mitrale, les poumons congestionnés. Aucune hémorrhagie de ce côté.

« A l'ouverture du ventre, tous les viscères semblent recouverts d'un énorme caillot.

L'estomac, les reins, le foie sont sains, et leurs vaisseaux intacts. Les intestins et le mésentère de même. L'utérus contient un fœtus de 3 mois, mais on ne voit nulle part de lésions d'aucune sorte.

(1) WALTER. *Méd. Bull. Philadelph.*, 1881, p. 181.

L'ovaire droit est très volumineux, distendu par plusieurs kystes, contenant chacun une petite cuillerée de liquide clair, aqueux (watery fluid). L'ovaire gauche était du volume d'une noix, noir et mou. L'ovaire et ses vaisseaux présentaient de la dégénérescence graisseuse (fatty degeneration). A sa partie supérieure on trouve un petit abcès, dont le contenu s'était évacué. Un stylet pénètre par cette ouverture à un demi-pouce. Cet ovaire était évidemment la source de l'hémorrhagie. »

OBSERVATION L (*inédite*). — Due à l'obligeance de notre excellent collègue et ami BAUDOUIN.

Une femme, de 30 ans environ, entre à l'hôpital de Nantes, service des vénériennes (Dr Cochard), au commencement d'octobre 1882.

Cette femme, atteinte de métrite cervicale chronique, est traitée par les cautérisations au nitrate d'argent, tampons glycélinés, lorsque tout à coup elle est prise de fièvre avec pouls à 120, vomissements, ballonnement du ventre, bref de tous les signes d'une métropéritonite, puis d'une péritonite généralisée.

Elle succombe en 6 jours.

A l'autopsie, on trouve « les lésions ordinaires de la péritonite septique. pus, fausses membranes, etc. L'utérus sain renferme cependant un peu de liquide sanieux, verdâtre. La trompe gauche dilatée est pleine de pus. La trompe droite ne présente rien de particulier.

« Dans l'ovaire gauche, on trouve une hémorrhagie assez considérable occupant tout l'intérieur du bulbe ovarique. Le bulbe est détruit par le sang épanché. Cet ovaire est très adhérent au péritoine et aux ligaments larges, auxquels il est uni intimement par des fausses membranes. Il est très volumineux.

« L'ovaire droit présente quelques points noirs, qui sont autant de foyers hémorrhagiques, situés dans la partie bulbaire de l'ovaire. Ce ne sont pas des follicules de de Graaf. Quelques-uns atteignent le volume d'une noisette. »

OBSERVATION LI. — *Ovarite (foyers sanguins et abcès) à l'autopsie d'une femme morte de pneumonie.* SCANZONI, *Traité pratique de mal. des org. sexuels des femmes*, 335, 336.

« L'autopsie démontra dans le bassin, à droite de l'utérus, une masse de fibrine coagulée de la grosseur du poing, facile à séparer des organes sous-jacents, et qui évidemment provenait d'un épanchement. Après l'avoir enlevée, on rencontre l'ovaire, qui présente un diam. long. de 5 1/2 cent. tan-

dis que le transversal était de 4, et l'épaisseur de l'organe environ 3 1/2 cent. L'ovaire avait une forme ovoïde ; il était considérablement grossi, comme le certifient du reste les mesures indiquées. Sa surface était d'un bleu violacé, couverte de nombreuses veines dilatées, et vers l'angle interne de la face postérieure on remarquait à sa coloration d'un rouge noirâtre, la place d'une vésicule ovarique qui avait éclaté peu de temps auparavant. La consistance de l'organe était pâteuse, presque fluctuante en certains points. En le coupant, *il s'écoula une masse de sang considérable*, et la tranche présentait la même coloration violacée et quelques vaisseaux veineux fortement engorgés. La vésicule en question sur laquelle on reconnaissait parfaitement la place où la rupture avait eu lieu, avait la grosseur d'un pois ; elle renfermait encore dans son centre un peu de sang liquide et noir, tandis qu'une couche assez épaisse de fibrine en tapissait les parois. Deux vésicules voisines présentaient à peu près les mêmes dimensions et faisaient une légère saillie au-dessus de la surface de l'ovaire, et en les ouvrant, on en fit sortir un liquide séreux et sanguinolent. Vers l'autre extrémité de l'organe, où la congestion était moins forte, la tranche d'un rouge moins intense et la consistance un peu plus ferme, il se trouva dans le parenchyme même, un abcès de la grosseur d'une fève, renfermant un pus sanieux mêlé de sang. A côté de cet abcès assez volumineux, il s'en trouvait d'autres plus petits dont la grosseur variait de celle d'un grain de millet à celle d'un petit pois ; *tous étaient situés profondément dans le parenchyme*, « et renfermaient un pus sanieux. Le tissu tout entier était infiltré de sérosité, et la plupart des vésicules étaient visiblement grossies par une accumulation trop abondante de liquide. Les altérations pathologiques que nous avons rencontrées dans cet ovaire, correspondent parfaitement au tableau qu'ont fait certains auteurs de l'ovarite aiguë : augmentation considérable du volume de l'organe, hyperhémie notable, traces d'épanchement dans les vésicules, foyers purulents dans le parenchyme, et exsudation fibrineuse sur l'enveloppe péritonéale de l'organe ».

OBSERVATION LII. — *Ovarite chez une femme morte de la rougeole.*
DALCHÉ. *Contribution à l'étude de l'ovarite.* (1).

« Les deux ovaires sont volumineux, de consistance un peu molle ; leurs diamètres sont augmentés dans tous les sens ; le transversal mesurant 5 à 5 centim. 1/2. Nous les coupons suivant leur grand axe, et tout d'abord nous sommes frappés par deux faits : en premier lieu l'extrême congestion de l'organe ; sur plusieurs points, entre les vaisseaux assez importants on voit un *piqueté hémorrhagique* ; *près du hile, la teinte devient franchement apoplectique*. En outre, nous constatons l'existence de

(1) *Annales de Gynécologie*, avril 1885.

petites cavités assez nombreuses, remplies par une matière concrète, qui n'est pas du pus »..... Ces cavités ne sont autre que des follicules ou des corps jaunes distendus. « Au microscope, la lésion dominante et la congestion des vaisseaux surtout dans la portion bulbaire ; dilatés, ils sont gorgés de globules..... Dans la couche ovigène, les lésions sont moins accentuées, mais il y existe encore des vaisseaux remplis de sang. Les vésicules de de Graaf sont nombreuses, nettes et nullement altérées. »

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- Andral.** — *Comp. médecine.*
Andral. — *Dict. de méd.* T. XIV.
Albers in Bonn. — Die blutgeschwülste in der Eierstöcken. — In *Deutsch Klinik*, 1853, p. 252.
E. Bœckel. — Des kystes ménorrhagiques. — Nouvelle variété de kystes de l'ovaire. — *Gaz. Méd. Strasbourg*, 1861.
Bandl. — Über Blutgeschwülste des weiblichen Beckens, deren Diag. und Behandlung. *Wien Klinik*, 1879, 165.
Barnes. — Traité pratiq. malad. femmes, 1876. Trad. Cordes.
Bernutz et Goupil. — *Clin. méd. des malad. des femmes.*
Caresme. — Apoplex. ovar. Hématocèle, etc. *Soc. Anat.*, 1864, 529.
Chereau. (A). — Mém. pour servir à l'étude d. mal. ovaire. Paris, 1844.
Cornil et Ranvier. — Man. Histol. Pathol. 2^m éd. 1884, 682.
Courty. — Traité. mal. utérus et ovaires, p. 1207.
Cullingworth (Ch.). — Laparot. et extirpat. d. petites tumeurs de l'ovaire et lig. large; *British. Med. J.*, janv. 1886, 193.
Dalché. — Ovarite primitive. *Ann. Gynécol.* mai 1885.
Denonvilliers. — *Gaz. Hôp.* (Soc. Chirurg.), 1851-275.
Depaul. — Rupt. Veine ovaire. *Soc. Anat.*, 1847, 15.
Devalz. — Du varicocèle ovarien et de son infl. sur développ. hématocèle. *Th. Paris*, 1858.
Dolérís et Petit. — Kystes hémorrhagiques de l'ovaire. *Soc. Anat.*, fév. 1888, 201.
Drecy. — *Journ. univers. Sc. méd.*, 1826, XLI, 1361.
Dudley. — Hématome of. ovary. *Proc. N.-York Patholog. Soc.*, 1887-1888, 169.
Duplay. — Cliniq. de Rostan. *Arch. Gén. méd.*, 1834, 418.
Ferrand. — Dict. Encyclop. Dechambre, art. Apoplex. ovaire.
Fordyce. — Péritonite mortelle, suite apoplex. ovaire pend. période menstruelle. *N.-York med. J.*, 16 fév. 1889.
Fowler. — Rup. of. ovarian pampinif. plexus. Fatal hémorrhage. *Ann. Anat. et Surg. Soc. Brooklyn*, 1880, 67.
Gallard. — Lés. anat. de l'ovarite. *France méd.*, 1885.
Gallard. — Leç. cl. malad. d. ovaires, 1880.
Graily Hewitt. — Diseases of Women, 491.
Hanks. — Apoplex. ovaire chez fille morte méningite cérébro-spinale. *American. J. of obstetr.*, 1876, p. 291.

- Höring.** — Apoplex. ovaire, in Leopold. *Arch. f. Gynecol.*, 1878, p. 300.
- Hufeland.** — Biblioth. Med. CLXX 250 et in Bernutz et Goupil.
- Huguier.** — *Gaz. Hôp.* (Soc. Chirurg.), 1851, 266.
- Hunter.** — Petit K. ovarique avec hémorrhag. d. cavité.
— Ovariectomie. Guérison. *Obst. Soc. N. York*, mai 1886.
- Kelly.** — Hématome de l'ovaire avec trompe adhérente. *Obst. Soc. Philadelph.*, fév. 1886 et in *N.-York méd. J.*, 1886, 222.
- Kuhn.** — Des hématomes du ligament large. *Th. Zurich*, 1874.
- Laboulbène.** — *Gaz. hebdom.*, 1853.
- Laugier.** — Mém. sur l'origine de l'hématocèle *Compt. R. Acad. Sciences*, 1855, 457.
- Leger.** — *B. Soc. Anat.*, 1876, 620.
- Leopold.** — Hémorrh. et Tum. sans ovaire. *Arch. fur Gynecol.* B. XIII, p. 300.
- Lee (R).** — Research. on Path and Treat. diseases Women. Londres 1833, p. 38.
- Lenoir.** — *Gaz. Hôp.* (Soc. Chirurg.), 1851, p. 275.
- Lewis (B).** — Apoplex. of ovary. Peritonitis. Death. *St-Louis Med. and Surg.*, 1888, 158.
- Luton.** — Hémorrh. intrapérit. diffuse... Mort. Autopsie. *Gaz. Méd.*, 1856, p. 76.
- Nélaton.** — Des tum. sanguines du pelvis. *Gaz. Hôp.*, 1851, p. 61.
- Nœggerath.** — Origine vascul. de certains K. de l'ovaire, *Amer. J. of obstetrics*, XIII, 1880, 1.
- Olshausen.** — Krankheit. des ovarien, 27.
- Osler W.** — Rupt. Follicle in ovary. Peritonitis. *Montreal Gen. Hosp. Reports*, 1880, 1, 331.
- Paquet.** — *Bull. Soc. Anat.*, 1864, p. 300.
- Pelletan.** — *Clin. Chirurg.* T. II, 106.
- Pollard.** — Rupt. et apoplex. ovaire. *Lancet*, 1848, 306 et *Arch. Gén. Méd.*, 1848, 474.
- Poncet.** — Dict. Encyclop., art. Hématocèle.
- Puech.** — Apoplexie des ovaires. *Montpellier Méd.*, 1858.
- Robin (Ch.).** — Note sur les hémorrh. des Vésicules ovariennes. *B. Soc. Biologie*, 1856, 139.
- Reverdin.** — *B. Soc. Anat.*, 1868, p. 156.
- Richard.** — *B. Soc. Anat.*, 1848, p. 273.
- Richet.** — *Anat. Chirurg.*
- Sänger.** — Demonstrat. einer Kinds kopfgrossen Blutcyste d. linken ovarien. *Centralbl. für gynæcol.* 23 févr. 1889, p. 134.
- Saunders.** — *Méd. Times and Gaz.*, 1874, II, 659.
- Scanzoni.** — Traité prat. malad. org. sexuels femmes. *Trad. DOR-SOCIN.*
- Schröder.** — Krankheiten des Weibl. geschlechtorg, 8^{me} éd.
- Simon.** — *Bul. Soc. Anat.*, 1859, 306.
- De Sinéty.** — Traité de gynécologie.
- Snow. Beck.** — Hématome pelvien avec remarques sur la source de l'hémorrhagie. — *Transact. of obstet. Soc. London*, 1873, 260.
- Stanlen (E.).** — *Med. Chirurg. Transact.*, 1820

- Tarnier et Chantreuil.** — Traité d'accouchement.
Terrillon (O). — Lec. Cliniq. 1889, 302.
Thomas. — Diseases of Women, 66, 5^e Ed.
Tilt. — Diseases of Women. London, 1853.
Trousseau. — Cliniq. Med. V. III, 646.
Vigues. Tum. Sanguine du pelvis. — *Th. Paris* 1851 et *Rev. Médico-Chirurg. cale*, 1851, 215.
Walter (N.-B.). — Death from hémorrh. of the ovayr.
— *Med. bul. Philadelph.* 1881, 181.
-

Vu : Le Doyen,

BROUARDEL.

Vu par le Président de thèse,

GUYON.

Vu et permis d'imprimer :

Le vice-recteur de l'Académie de Paris,

GRÉARD.

IMPRIMERIE LEMALE ET C^{ie}, HAVRE.

